

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

260

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 22 Mai 1909 à 1 heure

DE LA DÉMENCE ÉPILEPTIQUE

Chez les Enfants

ET LES ADOLESCENTS

PAR

Gabriel DOURY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Lauréat de la Société Médico-Psychologique

Président : M. DIEULAFOY

Juges. . . } MM. BAR
CHAUFFARD
BRINDEAU

} *Professeurs.*

} *Agrégés.*

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1909

Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 22 Mai 1909 à 1 heure

DE LA DÉMENCE ÉPILEPTIQUE

Chez les Enfants

ET LES ADOLESCENTS

PAR

Gabriel DOURY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Lauréat de la Société Médico-Psychologique

Président : M. DIEULAFOY

MM. BAR

Juges. . }

CHAUFFARD
BRINDEAU

} Professeurs.

} Agrégés.

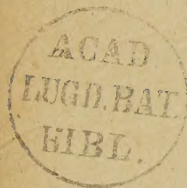
PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1909



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD.
	{ DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie.....	PRENANT.
Opérations et appareils.....	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE.
Médecine légale.....	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	N.
Pathologie expérimentale et comparée.....	{ ROGER.
	{ HAYEM.
Clinique médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ HUTINEL.
Maladies des enfants.....	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ DELBET.
	{ QUENU.
Clinique chirurgicale.....	{ RECLUS.
	{ SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
	{ PINARD.
Clinique d'accouchements.....	{ BAR.
	{ Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	Albert ROBIN.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BÉZANCON (Fernand)	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CASTAIGNE.	JEANSELMÉ.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBE (Marcel).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

CHIRURGIEN DE LA MARINE
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PÈRE

LE DOCTEUR DOURY
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR BOURNEVILLE

Qui a inspiré ce travail

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur BOUCHARD.	{	Externat 1901-1902
M. le Docteur LE NOIR.		
M. le Professeur agrégé WALTHER.	{	Externat 1903-1904
M. le Professeur agrégé MÉRY.	{	Internat provisoire 1904-1905
M. le Docteur VARIOT.		
M. le Docteur SÉGLAS.	{	Internat 1905-1906
M. le Docteur BOURNEVILLE.		
M. le Professeur agrégé WURTZ.	{	Internat 1906-1907
M. le Professeur DIEULAFOY.	{	Internat 1907-1908
M. le Professeur agrégé JEANSELME.		
M. le Professeur agrégé RÉNON.	{	Internat 1908-1909
M. le Docteur J. RENAULT.		

MM. les Docteurs BARIÉ, MICHAUX, MARION, LOEPER,
GANDY, GRIFFON, GUILLEMOT, DE MASSARY, RAMOND,
MICHEL, GOURAUD, COURCOUX.

INTRODUCTION

Au même titre que tout autre organe de l'économie, le cerveau obéit à cette loi générale, en vertu de laquelle le travail qu'il peut fournir est proportionné à sa résistance fonctionnelle. C'est de l'exacte adaptation des nécessités qui lui sont imposées, aux moyens dont il dispose, que peut seulement résulter l'équilibre parfait, indispensable à son fonctionnement normal.

Cependant, comme toute matière vivante, il lui est possible de franchir les limites de son effort habituel et physiologique. Mais il ne peut le faire qu'à ses propres dépens et d'une façon purement temporaire. Pour peu que la cause provocatrice de ce surmenage persiste, ou, qu'ayant disparu, elle se reproduise à brève échéance et avec une certaine fréquence, le cerveau sera bien vite en état d'infériorité vis à vis de l'effort qu'il a à fournir, et, c'est dans l'exagération de son travail normal qu'il faut trouver les raisons mêmes de cette déficience.

L'*épilepsie* réalise vis à vis des centres nerveux cette provocation à un travail excessif, et, quelles que théories pathogéniques qu'on veuille lui assigner, la suractivité fonctionnelle qu'elle engendre n'en reste pas moins un

fait indiscutable. L'épuisement consécutif aux paroxysmes suffit à le démontrer. Il n'est d'abord que passager. La cellule nerveuse, momentanément troublée dans son mécanisme, récupère bientôt toute sa puissance fonctionnelle. Aussi peut-on voir des sujets dont les manifestations épileptiques sont très espacées, conserver intact l'exercice de leurs fonctions cérébrales. Par contre, si la cause perturbatrice se répète fréquemment, le trouble fonctionnel n'a pas le temps de disparaître complètement. Il persiste, sous un aspect anatomique encore mal déterminé, en tout cas en tant que réalité clinique.

Il va sans dire que, lorsqu'il s'agit d'organes aussi différenciés que les centres nerveux qui président à tant de fonctions multiples et tiennent sous leur dépendance tous les ressorts de la machine humaine, l'expression clinique qui traduit d'une façon permanente et durable cet épuisement, se présentera sous des aspects extrêmement variés. C'est en effet sur tous les modes d'activité du système nerveux que se fera sentir cette défaillance : les troubles provoqués ne seront pas seulement manifestes dans le *domaine physique* du système nerveux, et l'habitus extérieur du malade, ses divers modes de réaction pourront en être diversement modifiés : mais on pourra les apprécier aussi dans le *domaine psychique* où leur multiplicité sera encore plus grande.

L'intelligence participe en première ligne à cette ruine générale, à la fois dans sa faculté de percevoir et de produire : la *volonté* est amoindrie, annihilée ; toute spontanéité s'efface. Enfin le désordre porte encore sur cette partie plus intime de l'être, sur ce *moi*, bien pro-

pre de l'individu, variable d'un sujet à l'autre, constitué par voie héréditaire et acquise de ses divers modes de réaction vis à vis de lui-même et de ses semblables, vis à vis des habitudes ou des principes acquis, en un mot sur le *fonds moral* et la *personnalité* de l'individu. Le cerveau ainsi atteint dans ses œuvres vives, ne fournit plus à l'épileptique qu'une activité réduite au minimum. Lamentable épave qui n'oppose même plus une résistance passive aux conditions extérieures, il s'achemine au hasard de cette déchéance générale vers l'égarement complet et la démence terminale.

Ce travail destructeur s'accomplit peu à peu, subordonné dans sa force et sa rapidité à la fréquence et à l'intensité des paroxysmes, tantôt régulièrement progressif, d'autres fois plus lent, avec des temps d'arrêt où le sujet semble récupérer un peu de son activité première, puis la reprise s'effectue, les oscillations se font de plus en plus courtes et la chute irrémédiable s'accuse.

On voit ainsi que c'est par transitions souvent insensibles que se produit le passage entre l'épileptique normal au point de vue psychique, et le *dément épileptique*. La *déchéance* est la traduction clinique de ce passage.

Elle est inséparable de la *démence*. Entre elles deux il n'y a qu'une différence de plus ou de moins. Bien mieux, la démence ne constitue jamais un état confirmé et immuable. C'est une période d'évolution pouvant être plus ou moins accentuée, mais jamais fixée d'une manière définitive, et toujours susceptible de s'accroître jusqu'au moment où la mort devient la conséquence de la déchéance organique. Elle nous apparaît donc comme un

aboutissant de la déchéance psychique à laquelle elle succède par transitions insensibles.

La démence épileptique constitue donc un des modes de terminaison de l'épilepsie. On pourrait même dire qu'elle est la terminaison naturelle d'une épilepsie à paroxysmes intenses et répétés, évoluant sans complications. Elle est le terme ultime de cette déchéance au cours de laquelle s'est effectuée la ruine de toutes les facultés intellectuelles du sujet, où a sombré son activité volontaire, son esprit d'initiative, en même temps que ses fonctions de nutrition subissaient le contre-coup de cette dépression générale. Elle est caractérisée par un véritable égarement du sujet coïncidant avec la réduction au minimum de tous ses modes de réaction.

L'épileptique ainsi parvenu à la démence ressemble dans ses grandes lignes à n'importe quel autre dément, celui de la paralysie générale ou de l'alcoolisme, au dément sénile, voire au dément précoce à sa période ultime. Cependant, même à cet état confirmé, la démence épileptique présente des caractères propres, tant physiques que psychiques, qui la différencient des autres variétés de démence et lui font porter l'empreinte de l'affection dont elle relève. En outre, son mode d'apparition, qu'il soit lent ou rapide, ses causes prédisposantes, son évolution, sa fréquence, son pronostic constituent autant de chapitres d'une histoire clinique bien spéciale dont les traits caractéristiques méritent d'être étudiés.

En même temps que nous pourrions apprécier l'influence des différentes manifestations de l'épilepsie sur l'apparition de la déchéance et de la démence qui lui est con-

sécutive, nous nous rendrons compte du mode de désagrégation des facultés mentales sous l'influence de la névrose : nous verrons dans quelle mesure elles sont atteintes, dans quelle mesure elles peuvent se récupérer au hasard des rémissions ; nous essayerons de démêler ce qui résiste le plus du fonds intellectuel ou moral de l'individu, et aussi quelle nouvelle orientation psychique, quelle perturbation dans le domaine moral, la marche progressive de l'affection peut apporter.

Il est clair que ces modifications destructives ou ces substitutions ne s'effectueront pas suivant une progression rigoureuse et constante. Il faudrait pour l'imaginer ainsi faire abstraction des aptitudes individuelles, méconnaître la personnalité du sujet, son degré d'instruction, son mode d'éducation. Bien plus toutes les tares antérieures, héréditaires ou acquises, toutes les causes d'affaiblissement physiques ou psychiques, alcoolisme, saturnisme, syphilis...) développées parallèlement à l'épilepsie, risquent de surajouter leur symptomatologie propre et de rendre très subjectives les appréciations qu'il est permis de formuler touchant les caractères et l'évolution de la démence épileptique chez l'adulte. Aussi, peut-on concevoir comme plus féconde et se pliant davantage aux règles de la méthode expérimentale, cette même étude faite chez l'enfant, c'est-à-dire sur un organisme jeune en voie d'acquisitions, à l'époque du développement physique et psychique, là où les facultés d'assimilation et de réaction sont portées au maximum, en même temps que la personnalité n'est pas encore dégagée, là aussi où le risque des tares concomitantes est réduit

au minimum. C'est donc la *démence de l'enfant* que nous prendrons comme type de description, car c'est chez lui que son histoire clinique peut être élucidée avec son maximum de simplicité et de clarté.

HISTORIQUE

La *démence épileptique* ne constitue pas une acquisition récente en psychiatrie. Elle n'a pas échappé aux plus anciens observateurs et, si elle n'a jamais donné lieu à une étude d'ensemble, du moins elle a été décrite incidemment comme un des modes de terminaison de l'épilepsie. Le trouble mental en lui-même était facile à discerner. Mais son interprétation, le caractère déméntiel qui en fait la marque distinctive, devaient nécessairement participer des incertitudes qui régnèrent jusqu'au début du siècle dernier sur le choix d'une classification rationnelle des formes de l'aliénation mentale. Le travail de PINEL amorça cet enfantement laborieux auquel l'anatomie pathologique venant au secours de la clinique apporta la dernière et la plus efficace contribution.

La distinction entre la *démence et l'idiotie*, jusqu'alors confondues, l'ordination des diverses formes de démence par rapport à un substratum anatomique, constituent donc les termes extrêmes d'une longue série de recherches sous lesquelles le trait final est loin d'être encore tiré et dont il n'est pas sans intérêt de retracer les différentes étapes.

Mais avant d'en arriver à cette période de différenciation, vraie période d'organisation en psychiatrie, qui éclaira d'une lumière nouvelle les données de la clinique, et permit, pour le cas qui nous occupe d'interpréter et de mettre à sa place la démence épileptique, il nous faut voir quelles furent à son sujet les acquisitions des siècles précédents.

L'épilepsie est parmi les affections nerveuses, une des plus anciennement connues.

HIPPOCRATE qui dégagea la médecine mentale du chaos des superstitions antiques, l'étudia particulièrement.

Il ne se borna pas à en décrire les accès, mais reconnut les troubles mentaux qu'elle comporte et signala qu'elle pouvait s'accompagner de délire.

Cinq cents ans plus tard ARETÉE DE CAPPADOCE (80 apr. J. C.) décrivait les troubles du caractère et la déchéance psychique qui attendent les épileptiques : « Lorsque les épileptiques avancent en âge, dit-il, leur caractère ne s'adoucit pas. Ils ont de l'insomnie, leur repos est troublé par des images effrayantes... Ils ont l'esprit lent, les sens paresseux, ce qui leur ôte la facilité d'apprendre.

L'ouïe s'émousse, ils ont des tintements d'oreille.

Ils ont la langue embarrassée et parlent avec hésitation, soit par la force du mal, soit par suite des lésions que cet organe éprouve pendant l'accès. Cette maladie trouble tellement l'esprit et la raison que ceux qui en sont atteints finissent par devenir totalement insensés : « rationem usque eo morbus conturbat ac dejicit ut prorsus denique infatuentur ».

A peu près à la même époque (95 ap. J. C.) CELIUS

AURELIANUS s'attache surtout au caractère délirant des troubles mentaux de l'épilepsie, et, de même qu'il avait tracé les caractères du délire maniaque, du délire mélancolique, du délire érotique, il décrit de même le délire épileptique.

Quelques années plus tard, GALIEN, dans la partie de son œuvre qui a trait à l'aliénation mentale, établit déjà une ébauche de différenciation entre les divers troubles mentaux. Non seulement il distingue le délire des maladies aiguës, des délires vésaniques, mais il reconnaît encore la différence qui existe entre l'abolition des facultés de l'esprit consécutive à diverses affections telles que l'épilepsie, et le défaut de développement de ces facultés. Il sépare ainsi la *démence* (ανοία), de l'*imbécillité* (μωρωσις), ébauchant cette opposition entre la ruine des facultés intellectuelles et leur pauvreté native, que les aliénistes du début du XIX^e siècle devaient s'attacher à faire ressortir.

Les auteurs qui suivirent n'enrichirent d'aucun fait nouveau le domaine de la psychiâtrie.

AVICENNE ne fit que reprendre, en les développant, les idées de GALIEN, puis ce fut l'éclipse du Moyen-Age, où les superstitions régnant en maîtresses, enlevèrent tout caractère scientifique à la médecine mentale.

Il faut attendre jusqu'au XVII^e siècle pour voir enfin s'atténuer le rôle jusque-là prépondérant de la sorcellerie, et pour trouver des médecins qui, renouant avec les traditions anciennes, essayaient d'étudier les troubles mentaux en eux-mêmes et de les dégager de l'influence du merveilleux.

Pour le point spécial qui nous occupe, nous retrouvons dans VAN SWIETEN le rôle de l'épilepsie comme cause provocatrice de troubles mentaux. Dans ses *Commentaires* sur BÆRHAAVE, il dit, en effet, avoir vu plusieurs infortunés qui étaient fous dès leur enfance et que tous ceux dont il avait pu connaître l'histoire, avaient eu des accès d'épilepsie. Mais cette proposition prête à discussion et nous pouvons nous demander s'il ne s'agissait pas, chez ces enfants, d'idiotie préexistant aux accès, plutôt que de troubles mentaux chez des épileptiques, et si la description de VAN SWIETEN ne se rapporte pas à de l'épilepsie symptomatique, plutôt qu'à de la démence épileptique.

Et d'ailleurs, qu'était-ce à cette époque que la démence ?

Était-elle nettement différenciée des autres états mentaux ? de l'idiotie, par exemple ? Avait-elle une existence réelle au point de vue clinique, une individualité précise ?

Il est facile de démontrer le contraire.

DUFOUR, en 1770, la définit comme « une espèce d'incapacité de juger et de raisonner sainement. Elle a reçu différents noms selon les différents âges où elle se manifeste ; dans l'enfance on la nomme ordinairement bêtise, niaiserie ; elle s'appelle imbécillité quand elle s'étend ou prend à l'âge de raison, et, lorsqu'elle vient dans la vieillesse on la connaît sous le titre de radoterie ou état d'enfance ».

Vers la même époque, SAUVAGES (1773) confond divers troubles mentaux sous ce terme générique de démence,

et, dans sa classification, range sous cette dénomination un grand nombre d'états pathologiques d'origine très variée. Pour lui, la démence est une maladie qui trouble la raison et le jugement. Il la différencie de la stupidité, en ce que les déments sont capables de réagir, mais ces réactions sont anormales, insensées. En tous cas il décrit sous ce qualificatif une démence sénile, une démence hydrocéphalique et apoplectique, une démence provoquée par le poison, les tumeurs cérébrales, les hydatides, une démence liée à la microcéphalie. Cette démence des microcéphales est aussi signalée par SAGAR (1783).

Il apparaît donc qu'à cette époque, ce qu'on a surtout, en vue dans un état mental, c'est la manifestation clinique actuelle, la forme sous laquelle il se présente, et l'on s'efforce de trouver entre plusieurs de ces états des parentés cliniques qui permettent de les grouper ensemble. C'est dire qu'il manque à cette classification la notion de devenir, l'idée d'évolution que nous avons essayé de faire sentir, au chapitre précédent, en esquisant la marche de la démence épileptique. On se borne à comparer entre eux dans le présent, divers états mentaux, mais on n'essaie pas de remonter le chemin qu'ils ont parcouru avant d'aboutir à cette extériorisation clinique.

C'est PINEL, qui, au début du siècle dernier, eut le mérite de donner une classification vraiment scientifique de la folie. Il en décrivit quatre espèces : la *manie*, la *mélancolie*, la *démence*, l'*idiotie*, et s'efforça entre autres choses de différencier la démence et l'idiotie jusque-là confondues.

Il reconnut l'opposition fondamentale qui existe entre ces deux états pathologiques et appela démence « l'abolition de la pensée », tandis qu'il réservait le nom d'idiotisme à « l'oblitération des facultés intellectuelles et affectives ». Mais malgré cette distinction théorique il lui arrivait de confondre ces deux maladies dans l'appropriation des faits qu'il rapportait à l'appui de ses descriptions. C'est ainsi qu'il relève dans l'étiologie de l'idiotie, l'abus des plaisirs énervants, l'usage des boissons narcotiques, les coups reçus sur la tête, les frayeurs et les chagrins profonds, les études forcées et dirigées sans principes, les tumeurs cérébrales, les attaques d'apoplexie, toutes causes provocatrices qui sont à l'origine de la démence bien plus que de l'idiotie.

Quelques années plus tard. DUBUISSON (1816) confond dans une certaine mesure la démence avec une forme de l'idiotie, idiotisme accidentel ou consécutif, qui peut succéder aux vésanies, aux convulsions, à l'épilepsie, tandis que FODÉRE (1817) renversant cette proposition, identifiait l'idiotie avec la forme innée de la démence, qu'il subdivisait en démence innée et accidentelle.

Mais ESQUIROL (1818) le continuateur de PINEL allait achever son œuvre et rendre moins illusoire cette différenciation de la démence et de l'idiotie.

Il le fit d'ailleurs avec une force d'expressions qui vaut une consécration. Parlant de ces deux affections que PINEL lui-même confondait parfois, il dit : « Ces deux maladies diffèrent essentiellement, ou bien les principes de toute classification sont illusoires.

Cette distinction, au reste, n'est pas une distinction

de mots, mais elle repose sur les faits et elle est importante pour le pronostic. L'idiotie est cet état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou n'ont pu se développer assez pour que l'idiot ait acquis les connaissances relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge et placés dans les mêmes conditions que lui.

L'idiotie commence avec la vie, ou dans cet âge qui précède l'entier développement des facultés intellectuelles et affectives. Les idiots sont ce qu'ils doivent être pendant tout le cours de leur vie. Ils sont incurables. Rien ne saurait leur donner plus d'intelligence. Il est rare qu'ils vivent au delà de 25 ans. La démence ne commence qu'avec la puberté. Elle a une période d'accroissement plus ou moins rapide. La démence chronique s'aggrave d'année en année par la perte successive de quelque faculté. L'homme en démence est privé des biens dont il était comblé ; c'est un riche devenu pauvre : l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. »

Dès lors la cause est entendue. Les contemporains d'ESQUIROL et les auteurs qui suivirent admirent sans contester sa distinction entre la démence et l'idiotie.

Si en Angleterre ALEXANDER MORISON (1826) laisse place encore à l'équivoque en désignant sous le terme d'idiotie la dernière période de la démence acquise, par contre, FOVILLE en France (1829) reconnaît que l'idiotie diffère de la démence en ce que « l'oblitération, la destruction plus ou moins complète de l'intelligence est primitive, congénitale chez l'idiot, tandis qu'elle est accidentelle, consécutive chez l'individu en démence. Il existe encore

cette différence entre l'idiotie et la démence, que le travail morbide d'où résulte la première est arrêté depuis longtemps, tandis que le travail morbide qui constitue la démence n'est pour ainsi dire jamais arrêté complètement et tend sans cesse à faire de nouveaux progrès ».

FERRUS (1834), n'ajoute rien à cette définition et considère la démence comme « l'abolition accidentelle de la pensée tandis que l'idiotisme est l'oblitération complète des facultés intellectuelles et affectives ».

Dans son *Traité des maladies mentales* (1838), ESQUIROL avait essayé d'établir une classification des variétés de la démence. Il en distinguait une forme aiguë et une forme chronique, cette dernière pouvant être consécutive à l'onanisme, à l'ivrognerie, aux excès d'études, à l'hypochondrie, à l'apoplexie. Il faisait une place à part à la démence sénile et décrivait sous le nom de démence compliquée la ruine des facultés apparaissant au cours de la paralysie, de la manie, de la lypémanie, enfin de l'épilepsie. Il trace en ces termes les caractères de la démence épileptique : « L'épilepsie n'est pas seulement une maladie épouvantable par la violence de ses symptômes, désespérante par son incurabilité, elle l'est encore par ses funestes effets sur le physique et le moral de ceux qui en sont atteints. Les perturbations violentes et répétées du système nerveux produisent nécessairement à la longue des lésions dans les organes de la vie de nutrition aussi bien que des altérations du cerveau et de ses fonctions.

Les traits de la face grossissent, les paupières inférieures se gonflent, les lèvres deviennent épaisses, les plus

jolis visages enlaidissent. Il y a dans le regard quelque chose d'incertain ; les yeux sont vacillants, les pupilles dilatées... Les fonctions de la vie organique s'altèrent, languissent... Les fonctions cérébrales, les facultés intellectuelles se dégradent peu à peu... L'intelligence s'altère, s'affaiblit peu à peu, les sensations n'ont plus la même vivacité, la mémoire se perd, l'imagination s'éteint ; les épileptiques tombent dans la démence incurable ».

Et plus loin : « La démence est l'espèce d'aliénation mentale qui menace le plus les épileptiques. »

On voit que si la démence était définitivement individualisée en tant qu'entité clinique elle apparaissait comme une ruine intellectuelle commune à un grand nombre d'affections. On la considérerait comme une maladie mentale sans s'attacher suffisamment à rechercher quelles variations dans la forme elle pouvait subir suivant la maladie causale.

La notion étiologique était encore laissée au second plan. La démence était une, sans que l'on recherchât si son terme final, son pronostic pouvaient être modifiés suivant sa cause efficiente.

Il était réservé à l'anatomie pathologique de jeter une lumière nouvelle sur cette question qui venait à peine de sortir de l'ombre, de fragmenter ce bloc compact des états démentiels pour proportionner les effets à leur cause et individualiser les espèces nosologiques de la démence.

Et cependant la notion d'un substratum organique était loin d'être familière aux esprits d'alors, puisque

ESQUIROL pouvait écrire dans son article du *Dictionnaire des sciences médicales* de 1814 : « Si l'on me demande quel est le siège de la démence, je répondrai qu'il m'est aussi inconnu que celui du délire en général. »

Pourtant, dès ce moment, l'anatomie pathologique des centres nerveux était sur le point de réaliser quelques-unes de ses plus belles conquêtes.

C'était l'époque où ROSTAN commençait ses travaux sur le ramollissement cérébral et décrivait les troubles mentaux qui en sont la conséquence, tandis que BAYLE, à Charenton, s'attachant à l'étude des méningites et des encéphalites des aliénés inaugurait avec CALMEIL cette série de recherches qui devait les conduire à la découverte de la *paralyse générale*. L'histologie commençait donc à dégager certaines formes de démences. Dans le même ordre d'idées les aliénistes essayaient de justifier par des raisons anatomiques la différenciation que la clinique avait faite entre la démence et l'idiotie. C'est ainsi que PARCHAPPE avait étudié les modifications de poids du cerveau dans l'idiotie et les différentes vésanies et qu'il notait dans ses *Recherches sur l'Encéphale*, publiées en 1836 que la diminution du poids de l'encéphale se fait sentir surtout dans la démence plus que dans la folie récente. Il décrivait cette atrophie portant sur le tiers antérieur du cerveau, quelquefois seulement sur quelques circonvolutions du lobe antérieur et remarquait que la diminution s'opérait surtout sur la substance corticale qui pouvait même complètement disparaître.

En 1837, CALMEIL, donnant une portée plus générale à cette constatation, reconnaissait que les centres encéphaliques continuent à se développer et à se perfectionner après la naissance, que l'arrêt de cette organisation pendant la gestation ou les premiers temps de la vie engendre l'idiotie, tandis que la démence se rattache à une lésion survenue dans le système nerveux lorsque rien ne semblait plus manquer à sa perfection.

Puis, à mesure que la technique histologique s'améliorait, la description des lésions initiales se faisait plus précise.

En 1863, MARCÉ décrit l'aspect du cerveau des déments, l'atrophie des circonvolutions et l'altération microscopique des fibres et des cellules nerveuses par dégénérescence graisseuse ; il insiste aussi sur les altérations vasculaires et l'oblitération des vaisseaux qu'il rend responsable de la destruction cellulaire. Pour lui on peut observer deux variétés de démences : l'une consécutive aux affections organiques du cerveau quelle que soit leur nature, c'est une démence symptomatique ; l'autre qui fait suite aux vésanies, démence simple constituant plutôt une période terminale qu'une forme particulière de la folie.

Ainsi, la recherche du substratum anatomique avait largement fragmenté le bloc des démences individualisé par ESQUIROL. On isola d'abord nettement les démences organiques des démences vésaniques, puis ces dernières elles-mêmes donnèrent prise à l'analyse. Peu à peu, on étudia l'influence des grandes névroses telles que l'hystérie, l'épilepsie, des diverses intoxications et l'on con-

nut mieux les causes occasionnelles des démences vésaniques proprement dites. La notion étiologique venait donc se joindre à l'anatomie pathologique pour permettre d'édifier une classification des démences, et BALL put en distinguer trois classes :

a) *Démences organiques* subordonnées à des lésions matérielles des centres nerveux et plus spécialement des parties de ces centres qui sont préposées à l'idéation.

Suivant que ces lésions sont diffuses ou en foyer elles constituent le substratum anatomique de la démence sénile et paralytique d'une part, de la démence apoplectique d'autre part.

b) *Démences toxiques*, principalement celle de l'alcool et du plomb.

c) *Démences névropathiques*, liées à la diathèse névropathique et dans lesquelles il fait rentrer les démences vésaniques, choréiques, hystériques et enfin la *démence épileptique* qui nous occupe.

Mais cette classification, logique pour l'époque, a été remaniée, lorsque le perfectionnement des techniques microscopiques permit aux histologistes : CAJAL, GOLGI, NISSL, WEIGERTS d'apprécier de plus près la structure intime des centres nerveux et de mettre en valeur les altérations liées aux états psychiques morbides par comparaison de l'état démentiel avec l'état normal. La division en démences organiques et démences purement fonctionnelles ne semble donc plus pouvoir subsister à l'heure actuelle. Les démences précoces et les démences secondaires (épilepsie) auraient aussi leur substratum anatomique, et NISSL a pu écrire que chaque psychose sans

exception laisse découvrir un résultat anatomique positif en sorte que le terme de psychose fonctionnelle ne peut plus être conservé puisqu'il repose sur l'absence d'altérations anatomiques. Il est donc légitime de prendre, avec GILBERT BALLEZ, pour base de la classification des démences, l'anatomie pathologique, en groupant ensemble les affections qui présentent des lésions constantes et identiques, tout en établissant dans chaque groupe des subdivisions basées sur l'étiologie ou les caractères cliniques.

Tel est l'état actuel de la question. Il n'était pas superflu de faire revivre un instant l'histoire si attachante de cette longue série de recherches, qui, après avoir permis d'individualiser la démence, aboutirent à sa dissociation en un certain nombre de types anatomo-cliniques. Nous y avons gagné, ayant pris ainsi une notion exacte du syndrome démentiel, de savoir où placer la démence épileptique dans la classification, de pressentir l'allure générale de ses caractères cliniques, enfin de prévoir ce que l'anatomie pathologique peut en attendre.

Mais, avant de clore définitivement cette page d'histoire, il nous faut, en restant cette fois sur le terrain purement clinique, rechercher quelle part ont fait à la démence dans leur description les auteurs qui se sont occupés de l'épilepsie.

Nous avons vu que, jusqu'au siècle dernier, elle n'avait été signalée que d'une façon incidente, comme un des modes de terminaison de l'épilepsie.

Dans son *Traité des maladies mentales* de 1860, MOREL y consacre quelques lignes dans une revue d'ensemble

des troubles mentaux de l'épilepsie qu'il groupe en 3 périodes :

Une première période, de début, comportant seulement des troubles du caractère.

Une deuxième période, plus avancée, dans laquelle viennent se ranger les accès de fureur, les hallucinations.

Une troisième période, enfin, où « l'on voit l'épilepsie perdre de plus en plus son caractère délirant pour venir se fondre dans l'universalité des symptômes qui signalent la démence et la paralysie générale.

Les déments épileptiques sont réduits à une vie végétative. On les voit aussi s'agiter périodiquement sous l'influence de leurs hallucinations pour retomber bientôt après dans l'anéantissement général et l'automatisme qui signalent leur situation.

Quelques-uns sont tellement infirmes qu'ils ne peuvent plus se soutenir ni opérer aucun mouvement, d'autres sont affectés d'un tremblement chronique.

La terminaison fatale ne se fait pas longtemps attendre ».

Mais la plus belle description de la démence épileptique est due sans conteste à DELASIAUVE, qui, dans son *Traité de l'épilepsie*, montre comment la répétition des accès et surtout des vertiges provoque un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, de la mémoire, du raisonnement auquel vient se joindre une déchéance physique qui amène peu à peu l'épileptique à vivre uniquement de la vie végétative.

En 1861, JULES FALRET, étudiant l'état mental des épileptiques ne réserve qu'une faible place à la démence,

mais signale cependant comment : « à la suite d'accès épileptiques fréquents et renouvelés pendant de longues années, certains malades arrivent peu à peu à un état continu de démence et même d'idiotisme interrompu de temps en temps seulement par des périodes d'agitation de courte durée ».

A peu près à la même époque, MARCÉ dans son *Traité des maladies mentales* montre comment l'affaiblissement intellectuel s'associe fréquemment à la manie chronique ou au délire partiel. Mais avec le temps ces derniers symptômes s'effacent et l'affaiblissement intellectuel progresse, aboutissant à la démence et à un anéantissement parfois entrecoupé de périodes d'agitation.

TROUSSEAU, dans ses cliniques, étudiant les rapports de l'épilepsie avec l'aliénation mentale montre comment les troubles des facultés intellectuelles marchent proportionnellement avec le nombre des attaques de mal comitial. « Dans la dernière période, lorsque les accès ont été fréquents et renouvelés pendant longtemps les malades arrivent peu à peu à un état continu de démence et même d'idiotisme, interrompu de temps en temps seulement par des phases d'agitation de courte durée ».

FOVILLE, le fils, dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* de 1869 signale l'influence des vertiges sur l'apparition de la démence et note qu'elle se produit d'autant plus rapidement que l'intelligence était primitivement plus bornée.

BALL en 1880 consacre une de ses cliniques à l'étude des troubles mentaux dans l'épilepsie. Il remarque que lorsque l'épilepsie se déclare dans la première enfance,

avant le développement complet des facultés intellectuelles elle a pour conséquence l'idiotie. Survenant plus tardivement, l'épilepsie, surtout dans sa forme vertigineuse aboutit à l'anéantissement intellectuel et à la cachexie physique.

GRASSET dans ses « *Maladies du système nerveux* », montre que les troubles mentaux peuvent revêtir une forme chronique caractérisée par la diminution de la mémoire, de l'attention, de l'énergie morale et insiste sur le caractère enfantin des actes des épileptiques déments.

C'est en termes presque identiques que A. VOISIN dans ses cliniques de 1883, caractérise les troubles mentaux définitifs de l'épilepsie.

Citons enfin toute la série des cas de démence épileptique de l'enfance publiés d'une part par MM. BOURNEVILLE ET D'OLLIER dans les *Archives de Neurologie* de 1880 avec examen histologique de M. BRISSAUD, d'autre part dans les compte-rendus du service des enfants épileptiques de Bicêtre ; signalons les recherches anatomiques de BLEULER (1895), d'ALZHEIMER (1900), les communications de MM. J. VOISIN ET LEGROS, de J. VOISIN, R. VOISIN et LAIGNEL LAVASTINE sur une *forme paralytique et spasmodique* de la démence et nous en aurons fini avec l'énumération des recherches auxquelles a prêté ce stade d'évolution de l'épilepsie.

Cet exposé a pu en paraître long, mais il nous aura rendu plus familier le sujet que nous allons développer.

En suivant pas à pas cette différenciation qui aboutit à séparer la démence d'autres affections avec lesquelles

elle était jusque-là confondue, telles que l'idiotie, nous aurons, par le fait même, passé en revue la plupart des caractères qui permettent de formuler le diagnostic de *démence épileptique chez l'enfant et chez l'adolescent*.

DÉFINITION

La démence nous est devenue assez familière, et les caractéristiques sur lesquelles repose son individualité ont pu suffisamment se dégager de cette revue d'ensemble, où nous l'avons vu se constituer peu à peu sous nos yeux, pour que nous en puissions maintenant donner une définition précise.

Aussi bien, la démence doit-elle nous apparaître avec une signification très différente de son habituel sens littéraire, et, si l'individu en démence peut être encore considéré comme l'« alienus », il n'est « cet autre » qu'autant que nous attacherons à ce terme une idée de diminution plus que de déviation des facultés de l'esprit.

C'est avec cette acception particulière que nous pourrions donc dire avec M. Deny, que le mot démence doit être entendu au sens psychiatrique très restreint d'*affaiblissement des facultés mentales* quels que soient les troubles délirants qui, par surcroît, viennent se greffer sur cette déficience psychique ; — et non au sens vulgaire et juridique qui fait du mot démence un synonyme de folie ou d'aliénation mentale.

C'est à la description clinique des manifestations de cette démence sous l'influence de l'épilepsie, et plus spécialement chez l'enfant et l'adolescent que nous allons maintenant nous attacher.

ÉTUDE CLINIQUE

Description d'un type de démence épileptique.

L'enfant Rich... entre à l'hospice de Bicêtre dans le service du Docteur BOURNEVILLE, le 20 juillet 1896, à l'âge de neuf ans. Il est issu d'un père coléreux, peut-être épileptique, d'une mère migraineuse qui a eu huit enfants dont quatre sont morts de convulsions. Notre malade, né à terme, sans incidents, non arriéré, eut lui aussi des *crises convulsives* à 7 mois, 9 mois et 17 mois. Ces dernières se manifestèrent tous les jours pendant un mois, puis cessèrent pour réapparaître un an après et se reproduire ensuite tous les trois mois en moyenne en augmentant de durée et d'intensité jusqu'à son entrée à l'hospice. Les renseignements fournis par la mère à son arrivée, le donnent comme un enfant gai, affectueux, d'intelligence facile, raisonnant bien, jouissant d'une bonne mémoire et possédant une instruction assez complète pour son âge. Rich... s'exprime en effet facilement et fait preuve de beaucoup d'intelligence dans sa conversation. Les notes pédagogiques de la « Petite Ecole » où on le fait entrer confirment ces renseignements. L'enfant a bon caractère, sa tenue est assez soignée, il se donne lui-même tous les soins de toilette. Cependant il laisse à désirer au point de vue scolaire : il lit diffi-

lement, écrit mal, mais sait compter et connaît en partie sa table de multiplication.

Il faut donc remarquer que son instruction est actuellement inférieure à ce qu'elle a été et que l'enfant a donc tendance à *tomber en déchéance*.

En 97 et 98 cette déchéance s'accroît. L'enfant a de fréquents accès et reste longtemps hébété à leur suite.

C'est là un point sur lequel a insisté souvent M. *Bourneville*. Les épileptiques qui sont longtemps à se remettre après les accès sont plutôt menacés de démence que ceux qui reviennent vite à eux. Mais il n'y a à ce moment chez Rich... ni tremblement de la langue, ni embarras de la parole. Le caractère, autrefois très bon, est devenu irritable, la tenue moins soignée, le travail en classe plus lent.

En 99 les accès sont remplacés par des *vertiges*.

En 1900 la déchéance marche à grands pas. L'enfant qui était resté propre jusque-là urine maintenant sous lui : il lui arrive même de gâter complètement.

Il se tient très mal à table, mange d'une façon malpropre, devient brutal et entre dans de violentes colères. On ne peut plus rien en obtenir au point de vue scolaire. Durant l'année 1901 les signes de déchéance ne font que s'accroître ; l'enfant est gâteux et coprophage. Il est en proie à de l'insomnie. Complètement égaré, il se promène continuellement la nuit dans le dortoir, allant d'un lit à l'autre : si l'on veut le maintenir couché il brutalise les veilleuses et déchire les couvertures.

En 1902, l'enfant qui n'a plus un seul bon moment, mais n'avait été jusque-là qu'une cause de dérangement.

dans la classe, devient un véritable danger pour ses camarades. Il les mord, et, pendant la première moitié de l'année, fait jusqu'à 12 et 13 morsures par mois, de préférence à la tête, sans raison et sans prédilection marquée pour un enfant. Il blesse au hasard et sans discernement. Au mois de juillet l'enfant devenu de plus en plus dangereux et s'attaquant au personnel est mis en cellule.

En 1903, l'enfant qui avait été ramené à l'école, est de nouveau isolé en raison de sa violence.

En 1904 et 1905 les accès se multiplient. La déchéance est complète. L'enfant de plus en plus égaré est redevenu calme. Il peut à peine se tenir debout, on est obligé pour ce motif de l'admettre à l'infirmerie.

Au mois de septembre, Rich... reste plongé dans une torpeur dont il est très difficile de le tirer. Il en est réduit aux seules fonctions de la vie végétative qui s'effectuent d'ailleurs normalement, et il mange avec appétit.

Le nombre des accès varie de 4 ou 5 à 15 ou 20 par jour. Cet état reste stationnaire pendant quelque temps puis l'enfant se met à dépérir. Il mange avec moins d'appétit, maigrit, présente de la température vespérale. En novembre des escharres apparaissent, puis de la contracture des quatre membres.

L'amaigrissement se fait plus rapide, des râles humides apparaissent aux deux sommets.

En décembre, l'enfant est plongé dans une hébétéude dont il est impossible de le tirer. Il reste insensible aux questions qu'on lui pose, ne réagit plus en rien aux sollicitations extérieures. On est obligé de le faire manger.

Gâteux, prostré et recroquevillé dans son lit, il est complètement isolé du monde extérieur. La température a revêtu le type à grandes oscillations. Le visage est cyanosé, les extrémités froides ; il existe une légère dyspnée et des tendances syncopales. Enfin, le 19 décembre au matin, le malade *meurt* dans une syncope.

Cette observation prise entre bien d'autres, est loin de renfermer toute la démence épileptique, mais elle en montre l'allure générale. Elle est l'histoire d'un enfant de bonne intelligence, d'instruction moyenne, de qualités morales normalement développées, qui, sous l'influence de l'épilepsie voit progressivement décroître ses facultés intellectuelles, se modifier du tout au tout son caractère et ses aptitudes affectives, en même temps qu'il est touché dans ses fonctions organiques et s'achemine peu à peu vers le gâtisme, le confinement au lit et la cachexie terminale.

Parti de l'état psychique normal, il est devenu le *dément épileptique*. Mais à quel moment s'est effectué ce passage ? La succession des faits cliniques nous montre qu'il est impossible de le préciser et nous avons sous les yeux la démonstration de ce que nous avançons en commençant. La déchéance est inséparable cliniquement de la démence. Cette dernière n'est qu'un stade d'évolution sans qu'il soit possible d'établir à quel moment elle s'est installée. Aussi, dans la description des troubles mentaux définitifs et progressivement croissants qu'engendre l'épilepsie, devons-nous étudier les phénomènes psychiques par lesquels l'individu entre dans la démence, aussi bien que cet état confirmé. Nous ne

ferons en cela que nous conformer à la notion d'affaiblissement, de diminution de l'être intellectuel et moral, contenue pour nous dans la définition de la démence.

ANALYSE DES SYMPTÔMES

L'épilepsie, par la mise en hypertension qu'elle provoque et la brusque dépression qui s'ensuit, détermine une rupture d'équilibre appréciable sur tous les modes d'activité du système nerveux. Véritable arme à deux tranchants, elle sape les fondements de l'intelligence, rétrécit le domaine de la conscience morale, annihile l'énergie volontaire, en même temps qu'elle amène dans le domaine physique un amoindrissement des réactions motrices ou sensitives qui marche de pair avec cette diminution psychique. Les symptômes de la démence épileptique devront être analysés successivement sur le double territoire psychique et physique où se produit cette déficience.

MODIFICATIONS PSYCHIQUES

Pour étudier d'une façon précise le mode de désagrégation des facultés psychiques, il serait peut-être logique et plus conforme aux règles de la psychologie expérimentale de procéder du simple au compliqué, d'examiner d'abord le trouble fonctionnel portant sur des états de conscience réduits au minimum, simples sensations actuelles, puis, de passer au rappel d'états psychi-

ques anciens, de juger ainsi de l'état de la mémoire, pour arriver ensuite aux troubles de l'idéation touchant le mode d'association des idées, la faculté de juger et de raisonner qui est l'origine même des actes volontaires, pour aboutir enfin aux divers modes de réaction de l'individu vis à vis de lui-même et du milieu social, qui constituent à proprement parler la personnalité.

Mais, ce plan d'examen, s'il permet une analyse plus minutieuse et plus scientifique, risquerait d'enlever à l'étude de la démence épileptique le caractère clinique que nous devons lui réserver. Il nous faut au contraire saisir l'enfant en déchéance sur le vif de sa vie journalière, de ses occupations actuelles, de ses travaux intellectuels et de ses jeux, de ses rapports avec les autres enfants ou les personnes chargées de sa surveillance ou de son instruction. C'est seulement ainsi que nous pourrions rendre palpable la perturbation psychique engendrée par l'épilepsie. Aussi, nous en tenant à la vieille et commode division kantienne des phénomènes psychiques. étudierons-nous les troubles démentiels successivement dans le domaine de *l'intelligence*, de la *sensibilité* et de la *volonté*. Nous pourrions ainsi grouper les faits pathologiques de même ordre dans des territoires assez distincts pour en permettre aisément l'analyse.

1° INTELLIGENCE.

Parmi les modifications psychiques qui caractérisent la démence épileptique de l'enfant, l'une des plus mani-

festes est sans contredit la diminution de la capacité intellectuelle. Cet affaiblissement porte sur les diverses facultés qui concourent à l'extériorisation de l'intelligence.

Toute manifestation intellectuelle résulte en effet de l'association, de la collaboration de plusieurs facteurs : *attention, mémoire* permettant les *associations d'idées* et conditionnant des formes plus hautes de l'activité intellectuelle, *jugement, raisonnement*. Il est facile de reconnaître chez les déments la faillite de ces divers facteurs et c'est l'ensemble de ces diminutions partielles qui donne son caractère spécifique à la démence épileptique.

Attention. — Le *défaut d'attention* constitue l'une des manifestations les plus précoces de la démence épileptique.

L'*attention spontanée* est très diminuée.

Il est facile de s'en rendre compte si on l'étudie là où les enfants peuvent le mieux en témoigner, c'est-à-dire en classe. Les épileptiques en déchéance sont parmi les plus distraits, non pas qu'ils détournent leur attention du but qu'on leur propose pour l'appliquer à autre chose, comme les enfants dissipés, mais parce qu'ils restent étrangers à ce qui se passe autour d'eux. Ils sont à proprement parler ailleurs, ou comme on dit vulgairement « dans la lune » mais à l'encontre des enfants normaux auxquels ce terme s'applique et qui paraissent alors poursuivre une conversation intérieure, les épileptiques déments ne semblent penser à rien. Ce défaut d'attention est le résultat d'une sorte d'engourdissement de leur activité intellectuelle. Ils resteraient des heures à

la même place, le regard vague, l'esprit absent, sans que rien dans leur physionomie puisse témoigner d'une participation quelconque de l'intelligence aux exercices qui se déroulent devant eux.

Ce mutisme intellectuel devient encore plus manifeste lorsqu'on cherche à *provoquer* leur attention. Il suffit de converser avec eux un instant, d'essayer de fixer un moment leur attention, pour s'en rendre compte.

Il faut un véritable effort pour les faire sortir de leur torpeur obtenir une réponse, en général aussi brève que possible. Après quoi ils retombent dans leur indifférence première.

La *lenteur de leur réaction* est le caractère commun et fixe de ce défaut d'attention qui peut d'ailleurs s'exprimer dans leur habitus extérieur et sur leur physionomie d'une façon très différente suivant les sujets.

Chez l'un, les traits du visage sont légèrement affaissés, la bouche, plissée d'un sourire niais, laisse échapper la salive : le regard, détourné de l'observateur, va se perdre très loin, il est fixe, terne, ne reflète aucune lueur d'intelligence. L'attitude est molle, relâchée. Si on lui adresse la parole, rien extérieurement ne semble indiquer que la question a été comprise ; mais il ne faut pas perdre patience, car, au bout d'un temps variable, la bouche s'entrouve, la réponse sort, aussi concise que possible : parfois c'est un simple mouvement de tête, puis l'enfant retombe dans son immobilité première. Il est impossible d'attirer à soi cette intelligence qui défaille, de se sentir en communication avec elle. Parfois, avec la réponse, la tête se tourne lentement vers vous, mais le regard vous fuit, reste mort.

Chez un autre, même attitude affaissée et inquiète. Le regard reste détourné, fixant le plancher.

La physionomie concentrée, les lèvres pincées, peuvent simuler la réflexion ; mais en réalité l'attention est nulle.

C'est l'engourdissement intellectuel qui transparait dans une attitude conventionnelle et maniérée. Vient-on à poser une question, les yeux se lèvent vers vous, lentement, timidement. Si la réponse est difficile, on ne sent pas l'effort dans ce regard fixe et sans vie. Si elle est facile, le regard laisse deviner qu'elle est le résultat d'associations d'idées habituelles se faisant de manière presque automatique et sans que rien témoigne de la conscience d'une difficulté vaincue.

Chez un troisième, l'attitude est différente. Les yeux ne vous fuient plus, semblent au contraire vous regarder curieusement : la bouche reste continuellement ouverte, la physionomie est éclairée d'un grand sourire niais. Mais la question posée ne change rien à cet aspect, ne provoque pas une attitude réfléchie. La bouche conserve son sourire, les yeux gardent leur fixité ; on sent que la question n'est pas encore arrivée, ou que l'élaboration est lente.

Puis le sourire s'accroît, un brusque signe de tête accompagne la réponse, et la satisfaction de cet effort accompli s'efface pour faire place à l'attitude primitive.

On pourrait multiplier les exemples. Mais, quelle que soit la physionomie du malade, qu'il revête le masque de l'hébété ou celui de la réflexion, on sent le vide des idées derrière le vide du regard ; il faut faire effort pour

rendre le sujet présent et cette extériorisation de l'attention ne s'effectue pas sans un retard appréciable comparativement au temps de réaction des individus normaux.

On a essayé d'apprécier ce *temps de réaction* chez les déments au moyen d'une expérience simple qui consiste à répondre par une pression, au bruit d'un marteau métallique. On a pu noter un retard très notable, comparativement aux sujets sains, chez des déments paralytiques, des déments précoces, des déments séniles, des déments vésaniques. Les déments épileptiques ne font pas exception à cette règle et il nous a été facile d'apprécier un *retard* très manifeste de leur temps de réaction.

Cette torpeur intellectuelle dont relève le défaut d'attention est aussi à l'origine des troubles dans la *compréhension et l'expression des idées*, ainsi que de la *diminution de la mémoire*. Le fait d'avoir provoqué l'attention de l'enfant ne préjuge en rien de la qualité des réponses qu'il effectuera.

Il faut d'abord maintenir fixée cette attention qui tend sans cesse à nous échapper. Quelquefois l'enfant semble ne pas comprendre et ce n'est qu'en insistant beaucoup, que véritablement pressé de questions, il se décide à répondre. On sent que l'élaboration des idées est pénible. La réponse, avons-nous dit, est généralement aussi concise que possible, se fait le plus souvent par oui ou par non. Si la question exige une réponse plus compliquée, elle est très lente à venir, hésite à s'exprimer. Les mots ou les membres de phrases sont coupés par des silences.

Il faut pour ainsi dire arracher chaque mot à l'enfant

quelquefois on n'y parvient pas, la phrase commencée avorte et il est impossible de la faire terminer.

Enfin dans des cas avancés, lorsque la réponse ne peut être exprimée par un monosyllabe ou un simple signe de tête, l'enfant reste insensible aux exhortations les plus pressantes et on n'en peut rien obtenir.

On voit combien l'activité intellectuelle, même provoquée, se trouve réduite au minimum.

A plus forte raison l'est-elle encore, lorsque l'enfant est obligé d'exercer spontanément cette activité.

Les lettres qu'il peut écrire, ses devoirs de style se ressentent de cette faiblesse d'expression des idées.

Nous allons avoir l'occasion d'y insister en étudiant dans une vue d'ensemble ce dont ces épileptiques en déchéance sont capables au point de vue scolaire.

Mémoire. — La mémoire est touchée de façon assez inégale. Certains auteurs prétendent qu'elle est moins atteinte que les autres fonctions. Mais M. FÉRÉ s'élève contre cette proposition : la mémoire étant la condition indispensable de toute activité intellectuelle, il faut nécessairement qu'elle soit modifiée, pour qu'il y ait démence.

En réalité, la mémoire, quoique souvent conservée, est très ralentie ; le rappel est long à se faire, mais rien en général ne témoigne de la difficulté de la recherche.

La physionomie reste impassible, n'exprime pas l'effort.

Il semble que l'élaboration du souvenir est surtout ralentie, plus que supprimée. Certains enfants expriment cependant par un geste ou par une phrase la

peine qu'ils en éprouvent : celui-ci se gratte lentement la tête ; celui-là réclame votre patience et vous prévient : « Attendez... je le savais... ça va venir » et cette dernière exclamation montre bien la sécurité de l'enfant sur le résultat de ses recherches, simplement rendues plus longues normalement.

Comme il est classique de le faire, ces exercices de mémoire doivent porter sur des choses simples, relatives à la *personne* même du malade, au *lieu* où il se trouve, au *temps* où il vit. Il est rare que les déments épileptiques, à moins qu'ils n'en soient arrivés à la période d'hébétude complète et de mutisme, ne puissent se *nommer*. Ils sont en effet habitués à répondre plusieurs fois par jour à l'appel de leur nom. Leur *âge* exact est souvent plus difficile à obtenir. En général ils le savent, mais il leur arrive parfois de ne le dire qu'à un ou deux ans près. Quelquefois ils commettent une erreur grossière, mais, en insistant, on peut d'habitude leur faire rétablir la vérité. Il semble y avoir une adaptation fautive du chiffre à l'idée, plutôt qu'une conception erronée et l'on ne voit pas se produire comme dans la démence sénile une régression de la mentalité dans le temps qui fait successivement s'attribuer à certains vieillards 50, 30, 20, et même 10 ans.

La *localisation dans le temps* est assez longtemps conservée et l'on peut souvent faire préciser le *jour*, le *quantième*, le *mois* et l'*année*. Dans le service de M. BOURNEVILLE, à l'asile école de Bicêtre et à la Fondation Vallée où nous avons pu étudier ces épileptiques en déchéance et en démence confirmée, les maîtres ont la bonne habi-

tude d'inscrire tous les jours ces différentes notions sur le tableau noir des classes.

Les enfants sont ainsi prévenus chaque matin du jour et de la date. Il est rare, quand on les interroge, qu'ils se trompent de *jour*. Les Jeudis et les Dimanches où on vient les visiter ou les faire sortir constituent d'ailleurs pour eux des points de repère : aussi la notion du jour est-elle en général bien conservée.

Il en est à peu près de même pour la *date*.

Par contre ils se trompent plus souvent dans l'application des *mois* et surtout de *l'année*. Mais ici encore, comme dans l'évaluation de leur âge, les erreurs ne sont pas énormes, ne portent guère que sur un ou deux ans. Il n'y a donc rien ici de comparable avec l'erreur grossière d'une démente précoce qui, le samedi 24 novembre 1906, datait une lettre du jeudi 24 juillet 1872.

L'orientation dans l'espace se conserve dans une mesure analogue. Il est vrai que dans cet asile spécial on leur fait souvent écrire sur leur cahiers *l'adresse de l'établissement*, ainsi que leur *nom*, la *date* du jour, etc. Leur mémoire est donc à chaque instant rafraîchie. On a plus de peine à obtenir d'eux *l'adresse* de leurs parents. Ils savent généralement bien la *localité*, souvent le nom de la *rue*, plus rarement le numéro..

Tous ces légers troubles d'orientation ne s'appliquent évidemment qu'à des enfants qui commencent leur déchéance et non à des déments de la dernière période, qui eux, sont complètement désorientés et incapables de formuler une appréciation quelconque touchant le temps ou le lieu. Chez ceux-là, les notions les plus courantes,

et dont on les entretient sans cesse, ne peuvent rester.

Dans cet ordre d'idées, il est intéressant de remarquer que les épileptiques en déchéance avancée sont le plus souvent incapables de retrouver leur place en classe alors que les idiots le font machinalement et sans effort.

La dépression nerveuse qui caractérise leur état, ne permet même plus l'automatisme des actes.

Compréhension. — L'*attention* et la *mémoire* constituent des facteurs indispensables de toute forme supérieure de l'activité intellectuelle disciplinée.

Leur diminution entraîne nécessairement des troubles de l'intelligence. La *faculté de comprendre* qui est à la base de toute opération intellectuelle, est donc en général très amoindrie. En conversant avec un enfant, il est facile de se rendre compte de son *degré de compréhension*, mais il est un procédé commode pour apprécier le résultat de l'effort intellectuel produit.

Il consiste à présenter à l'enfant trois bouts de papier de longueur inégale et à lui donner l'ordre suivant : « Tu vas m'apporter le plus grand, tu garderas le moyen pour toi et tu déchireras le plus petit ».

On fait ainsi appel, à la fois, à son attention, à sa mémoire, à sa faculté de comprendre. De tous les enfants en déchéance que nous avons examinés, un seul a pu exécuter convenablement l'ordre donné, mais, en lui faisant répéter aussitôt après, il retombait dans l'erreur commune aux autres malades.

Cette expérience très simple que réalise sans hésitation un sujet sain, permet donc d'apprécier rapidement

la capacité intellectuelle du malade. Mais elle ne peut être exécutée que par des épileptiques dont la déchéance n'est pas encore trop accentuée.

Un pas de plus et l'enfant n'a ni l'attention, ni la mémoire, ni le degré d'intelligence suffisants pour comprendre l'ordre donné et y apporter un commencement d'exécution.

Le même engourdissement intellectuel dont nous avons vu relever le défaut d'attention, la diminution de la mémoire qui met l'enfant dans l'incapacité de comprendre facilement une question posée, ou d'exécuter correctement un ordre, déterminent une gêne parfois considérable dans l'élaboration et l'expression des idées. Nous en aurons la démonstration en étudiant les capacités scolaires de ces enfants épileptiques en déchéance.

Ecologie. — *Les exercices scolaires* constituent un des témoignages les plus précieux de l'activité intellectuelle de l'épileptique. L'enfance est par excellence, l'âge des acquisitions, de la mémoire souple, de l'assimilation facile. Aussi, lorsque la déchéance se produit, peut-on plus facilement que chez un adulte, se rendre compte du piétinement sur place ou de la régression.

Il est évident que ces constatations ne peuvent s'effectuer que dans des conditions d'observation particulièrement méthodique. Elles ont été parfaitement réalisées par le Dr BOURNEVILLE dans son double service de l'asile, école de Bicêtre (garçons) et de la fondation Vallée (filles).

Les épileptiques y suivent journellement les exercices scolaires, comme les autres enfants arriérés.

De plus, chaque mois, on leur fait faire sur un cahier spécial, dit cahier mensuel, une copie d'un texte, une dictée, une rédaction ou devoir de style, une opération arithmétique, un problème, et des exercices divers ayant trait à des notions d'histoire, de géographie, d'analyse grammaticale, etc... Ces différents devoirs ainsi exécutés périodiquement constituent un témoignage écrit de la capacité intellectuelle de l'enfant à ce moment.

On peut donc, sur une série de mois ou d'années, suivre les progrès de la déchéance jusqu'à la démence confirmée et à l'impossibilité absolue de tout travail.

Cette ruine de l'intelligence ne s'effectue pas suivant une courbe régulière. Il est clair que, lorsqu'un épileptique traverse une violente période d'accès ou sort d'un état de mal, il se trouvera dans un état d'infériorité tel qu'il sera à peu près incapable d'exécuter un travail quelconque et on devra attendre qu'il ait retrouvé le cours normal de son épilepsie pour se rendre compte de la perte subie dans l'intervalle.

Quelquefois, une longue période de calme peut permettre à l'enfant de réparer la baisse ainsi enregistrée et d'acquérir des notions nouvelles : mais cette accalmie n'est en général que de faible durée et la déchéance reparaît avec la reprise des accès.

Quoiqu'il en soit, il nous faut analyser l'influence de l'épilepsie sur les divers exercices scolaires accomplis par l'enfant.

Lecture. — De toutes les notions d'instruction qu'on peut donner à l'enfant, la *lecture* est peut-être celle qui se conserve le mieux. Elle repose en effet surtout sur la mémoire visuelle, tandis que l'écriture nécessite, en plus de la mémoire, une coordination de mouvements qu'entraîne très souvent la dépression physique qui accompagne la déchéance épileptique.

Cependant il arrive que des enfants qui lisaient couramment ne peuvent plus bientôt que syllaber, et sont enfin obligés d'épeler chaque lettre. A un degré extrême, toute lecture devient impossible ; ni les mots, ni les lettres ne sont reconnus. Certains enfants autrefois d'intelligence normale et qui avaient appris facilement à lire, en arrivent ainsi à désapprendre complètement.

Ecriture. — Les modifications de l'*écriture* sont certainement, de tous les troubles engendrés par l'épilepsie, ceux qui permettent le mieux de suivre la marche de la déchéance et de la voir aboutir à la démence.

Il est assez difficile de caractériser l'écriture des déments épileptiques, car elle peut revêtir des aspects assez variés : mais, d'une façon générale, le fait qui domine, c'est son incorrection. Ce *manque de correction* doit être envisagé sous le double point de vue de sa *forme* et de sa *valeur représentative*.

Une écriture normale doit être nette, régulière, égale, sobre de tracé, mais, en dehors de cette correction dans la forme, elle doit représenter exactement le mot qu'elle traduit sous le rapport de la nature et du nombre des lettres et des syllabes qui le composent. L'écriture des

déments épileptiques, peut être incorrecte de cette double manière :

A. La *modification dans la forme* la plus fréquente et la plus précoce est le *tremblement*.

Il est en rapport avec le léger tremblement de la main qu'on peut observer d'une façon permanente chez les épileptiques en déchéance avancée, et d'une façon transitoire chez beaucoup d'épileptiques pendant les premières heures qui suivent l'accès. Cette trémulation est accompagnée d'un certain degré de *parésie* de la main et d'une *incertitude* des mouvements qui contribuent à rendre l'écriture pénible. Le tremblement de l'écriture se manifeste au niveau de toutes les lettres, mais prédomine sur celles dont les jambages sont très développés : b, d, f, g, h, j, k, l, p, q, t, y, z. Il constitue un caractère commun à beaucoup de spécimens d'écriture et peut apparaître de bonne heure, alors que l'écriture n'est pas encore autrement modifiée.

Lundi 23 octobre

Historie

jeanne d'arc

Au moment de la guerre de cent ans
France, fut sauvée par une ^{petite} fille à la
Après avoir vu, le roi et jeanne d'arc
mît

Mardi 24 octobre

Dictée

La par

Fig. 1. — Type d'écriture tremblée.

A mesure que la déchéance progresse, d'autres troubles vont se montrer :

Chez quelques sujets, l'écriture devient *très fine, filiforme*, les lettres sont souvent séparées les unes des autres.

Beaucoup plus souvent au contraire, elles deviennent plus *hautes et plus larges*, ressemblent aux premiers modèles d'écriture que l'enfant a copiés en apprenant.

Novembre
1905

je mede peche jechèrematache Labichese
che L. La vache fera une chute. Lachatte ad
ichiréle châte desuzanne et tulle la vignette
re L. Beasigne je peche alail Gne Lamachine
aderraille Lemarichalachevalbravela mit
raile jachèrela taille de la vigne phphph
phphph ph yph uph aphophphé Philipp
leph arel paraphelorphelin elepsphère
adphysiè quiquiquiquiquiquiquiquiqua
quiquipique quitté ta qui néli qui del
colique une barrique ma Eniflaque Une
brique la fabrique croqueris que chardie
é quatre quatorze Guiguiguiguigu

2 3 5 1	1 5 8 1
+ 4 2 3 6 1	+ 7 3 0 4 1
6 5 8 7	8 8 8 5

Fig. 2. — Type d'écriture appuyée.

En même temps, elles sont *appuyées*, écrasées et la ponctuation devient très marquée.

Souvent aussi elles sont de plus en plus rapprochées, *tassées* les unes contre les autres.

Donc, en outre du tremblement lié aux troubles soniques et qui constitue un caractère commun, l'écriture évolue en général suivant deux types :

Tantôt elle devient *fine*, lâchée.

Tantôt élevée, *appuyée*, tassée.

Enfin quel que soit l'aspect on peut observer chez certains sujets au cours de leur déchéance certaines particularités ou bizarreries.

Tantôt le jambage qui termine le mot se relève en un crochet démesuré.

Tantôt les phrases, souvent les mots, plus rarement les syllabes sont séparées par des traits largement marqués.

Dans d'autres cas qui coïncident généralement avec l'écriture élevée et tassée, les mots sont réunis les uns aux autres, les blancs ont disparu.

Telles sont les plus importantes *modifications de forme* qu'on peut observer.

C. La *valeur représentative* du mot prête également à de nombreuses incorrections :

Tantôt il porte des marques d'inattention manifestes : il y a des *lettres* ou des *syllabes sautées* :

Tantôt, et ceci s'observe quand la déchéance est bien avancée, il y a *répétitions de syllabes*. Le mécanisme de cette dernière particularité est sans doute le suivant : le

dément épileptique a très souvent des troubles de la parole, que ces troubles soient liés au tremblement des lèvres ou relèvent d'une origine centrale. Il leur arrive de répéter la même syllabe. Il est probable qu'en écrivant ils se dictent à eux-mêmes le mot qu'ils transcrivent sur le papier, et la répétition de la syllabe n'est alors que la traduction écrite de leur bégaiement.

A mesure que la déchéance progresse, l'écriture devient de plus en plus défectueuse. L'enfant a une peine inouïe à exécuter le travail commandé. Il lui faut parfois plus d'une heure pour arriver à tracer seulement deux lignes. Peu à peu il n'écrit plus que des bribes de phrases, ne reproduit que les premières lettres des mots, met une syllabe pour une autre. En même temps il ne peut plus suivre la ligne, monte ou descend ; il est à ce moment devenu *incapable de tirer une ligne droite* d'un point à un autre. Enfin, dans un stade extrême de cette démence, les lettres deviennent *informes*, il finit par ne plus tracer qu'une *ligne oscillante*, ébauche des jambages qu'il ne peut plus mener à bonne fin.

Il est désormais devenu incapable d'écrire.

DISSOLUTION PROGRESSIVE DE L'ÉCRITURE CHEZ UN DÉMENT ÉPILEPTIQUE.

Juin 1888.

Analyse

Le	Le chien Les souris. article simple masculin singulier qui détermine chien
chien	nom commun masculin singulier
Les	article simple féminin pluriel qui détermine souris
souris	nom commun féminin pluriel

Avril 1890.

Analyse grammaticale

Le	Article simple masculin singulier détermine rat.
rat	Nom commun masculin singulier
La	Article simple féminin singulier détermine poule.
poule	Nom commun féminin singulier
Les	Article simple masculin pluriel détermine oiseaux
oiseaux	Nom commun masculin pluriel

Novembre 1892.

La chat

Le chat, quand ^{est} ~~jeune~~ ^{est un fol} ~~fit~~
petit animal, doux ~~c'est~~ ^{est} ~~prépe~~. ~~était~~ ^{il} ~~de~~
devient souvent méchant, courrant et
voleur il ne ~~s'attache~~ ^{jamais} à son maître

Juin 1893.

Les petit oiseaux
il soars bien petit bien
petit et petit petit petit
conte il non font, pāt de
de mal aux ~~conhexhe~~ ^{metmes}
~~exaxhexake~~ nonon fuit en
des soldautes

Décembre 1894.

Copie

On le Bon Emaron samon

unpus un punoon un luna
bon (bonbon un inaron
bon (bonbon bon bon
Le lognon macon decon
— lognon fucon cholon

Telle est la *dissolution de l'écriture* dans la démence épileptique des enfants. Il est clair qu'elle ne s'accomplit pas suivant une progression constante. Les rémissions dans la série des paroxysmes permettent des améliorations.

Mais elles ne sont que passagères, et, lorsque la démence devient très avancée, l'écriture n'est plus possible.

DISSOLUTION PROGRESSIVE DE L'ÉCRITURE CHEZ UN DÉMENT ÉPILEPTIQUE.

Janvier 1903.

Copie

Le thon est un gros poisson des mers équatoriales et tempérées. il entre dans la liste, terrané vers le mois de juin, on lui fait, sur les côtes de la province un genre de chienne. il n'est pas rare de prendre d'un coup de filet sept ou huit cents thons. sa chair est assez bonne et assez nutritive on la mange fraîche ou marinée dans l'huile,

Juillet 1903.

Copie

rien le devoir en soulignant les monps
intaliqués et faites ensuite la liste
comme le doit paraître

Juin 1904.

Les vingtaden

Août 1904



L'enfant est devenue incapable d'écrire.

Les divers *exercices scolaires* subissent des variations parallèles et présentent chacun leurs particularités qui méritent d'être étudiées :

Copie. — La *copie d'un texte* reste possible pendant un temps relativement assez long et nous venons de voir les modifications régressives qui la caractérisent.

Dictée. — Il en va tout autrement de la *dictée*. On conçoit en effet qu'elle nécessite un effort d'attention dont sont incapables les déments épileptiques.

Aussi, bien qu'on ait soin de dicter très lentement, perdent-ils souvent des fragments de phrases. Très occupés qu'ils sont à transcrire ce qu'ils viennent d'entendre, ils ne peuvent saisir la suite du texte et le reprennent ensuite quand ils peuvent et comme ils peuvent.

En outre, entendant répéter plusieurs fois la même phrase reprise par le maître, ils ne se rendent pas compte de ce qu'ils ont déjà écrit et il en résulte des *répétitions de mots* qui contribuent à rendre le texte parfois incompréhensible.

Il arrive donc un moment où l'enfant épileptique dément ne peut plus suivre la dictée, et les derniers devoirs dont il est capable sont en règle générale des copies de texte.

Orthographe. — L'*orthographe* des déments épileptiques devient d'ordinaire très défectueuse, sans que certaines fautes soient, chez eux, plus habituelles que d'autres. Il est facile de se rendre compte de la régression

produite en ayant soin de faire faire à l'enfant la même dictée à plusieurs mois ou plusieurs années d'intervalle.

C'est ainsi que, sur le cahier d'un garçon de Bicêtre, nous relevons 5 fautes dans une dictée de 7 lignes faite à son entrée en mai 1888. Quatre ans plus tard, en octobre 1892, il fait 16 fautes dans la même dictée.

1888

Dictée

La Mer

Je regarde aussi loin que
je peut devant moi, et je
ne voit que de l'eau.
La mer est très agitées;
on dirais quelle est cou-
verte de petites montagne,
se sont les vagues.
} fautes.

1892.

Dictée

La Mer

Je regarde aussi loin que
je peut devant moi et ^{je} vois
de lot. La mer est
agitée, on dirait quelle est cou-
verte de petite montagne. Se sont
les vage. 16 flcs

Style. — Les *devoirs de style* sont certainement ceux qui peuvent le mieux témoigner de l'intellectualité du sujet. Non seulement il est obligé de déployer une attention soutenue, de faire appel à sa mémoire, mais il lui faut encore faire œuvre personnelle, enchaîner des raisonnements, formuler des jugements. L'enfant chez qui l'épilepsie n'a pas encore eu de retentissement psychique est capable de développer convenablement et parfois de façon intéressante un sujet donné. Tombe-t-il en déchéance et s'achemine-t-il vers la démence ? On voit aussitôt diminuer son imagination.

Il répète à plusieurs reprises la même idée sous des formes à peine différentes. Ses trouvailles, lorsqu'il en a, sont d'une extrême simplicité, ses conceptions deviennent enfantines. Il se borne bientôt à reproduire presque mot pour mot le texte proposé. Dans quelques cas, à cette pénurie de l'imagination, se joint l'incohérence des idées, et il lui arrive d'écrire des choses incompréhensibles. On peut donc, mieux encore que dans une conversation, puisque l'enfant a le temps de la réflexion, se rendre compte du manque d'enchaînement des idées, de la pauvreté du raisonnement, de la faiblesse du jugement, de la simplicité et parfois de l'incohérence des conceptions qui caractérisent la démence épileptique.

Exercices divers. — Les exercices qui reposent sur des acquisitions récentes tels que *devoirs d'histoire* ou de *géographie* se perdent très rapidement, car le dément épileptique devient bien vite incapable d'emmagasiner quelques notions nouvelles.

Calcul. — Les *devoirs de calcul*, qui mettent en œuvre des notions anciennes, se conservent, par contre, assez longtemps.

La *division* et la *multiplication* ainsi que les problèmes reposant sur ces deux opérations s'en vont les premières. Quelquefois, l'enfant devient incapable de faire une multiplication exacte, mais sait encore une partie de sa table de multiplication, celle qui porte sur les premiers chiffres. L'*addition* est l'opération qui se conserve la dernière, mais on peut constater souvent un fait assez curieux : l'enfant est capable d'additionner correctement les colonnes de chiffres, mais il oublie ou *néglige de faire la retenue*. Le total de chaque colonne est juste, abstraction faite de la retenue.

Telles sont donc les **modifications intellectuelles** qui caractérisent la démence épileptique. On voit qu'elles sont beaucoup plus faciles à étudier et beaucoup plus démonstratives chez *l'enfant* et chez *l'adolescent* que chez l'adulte. Avec les méthodes d'observation qui leur sont applicables, elles acquièrent, chez le sujet jeune la valeur d'une expérience. On observe l'intelligence de l'enfant à sa période d'organisation et d'acquisitions, il est donc aisé de dégager l'influence de l'épilepsie sur ce développement intellectuel, de se rendre compte de l'arrêt, et, plus tard de la régression qu'il peut subir. Les diverses causes, toxiques ou infectieuses qui, chez l'adulte, viendraient surajouter leur action dissolvante, font ici également défaut.

Le facteur épilepsie reste seul en cause, et on a plus de facilités pour surprendre le mécanisme suivant lequel

il agit. Nous avons pu voir qu'il intervenait en première ligne par la torpeur intellectuelle liée à la dépression nerveuse consécutive aux accès, conditionnant les troubles de l'attention et de la mémoire et entravant ainsi toute production intellectuelle. Mais, outre cette modification de quantité, il y a aussi une modification dans la qualité du rendement, appréciable dans l'exercice du raisonnement et du jugement qui revêtent un caractère *enfantin* et parfois *insensé*.

2° VOLONTÉ

Ce que nous avons dit du ralentissement intellectuel chez les jeunes déments épileptiques, nous permet de prévoir une modification parallèle dans le domaine de la volonté. L'*énergie morale* décroît. L'épileptique devient un être faible, sans initiative. Il faut le guider, penser à sa place, vouloir pour lui. Chez l'enfant l'énergie volontaire n'a d'ailleurs que peu d'occasions de se manifester en dehors de ses occupations journalières. Dans la vie réglée de l'asile, il y a peu de place à une initiative quelconque. La vie de chaque jour est partagée entre le travail, les jeux, les soins domestiques. Cependant, même dans ces manifestations assez modestes de son activité, on sent l'influence dépressive exercée par l'épilepsie.

Le dément épileptique, en plus de la lenteur des réactions qui lui est propre, devient un *paresseux* . Il l'est d'abord au lever. Au lieu d'obéir à la cloche comme les autres enfants, il cherche à se faire oublier. On est obli-

gé d'insister à plusieurs reprises, quelquefois de le forcer.

S'il se lève spontanément, il est descendu le dernier, reste en arrière, traîne, s'attarde.

En classe, son esprit engourdi ne s'attache plus à rien. L'*application* devient nulle. Les réprimandes ne parviennent pas à réveiller ce caractère défaillant.

A un degré avancé, ce *manque-d'amour propre* n'a rien de surprenant, car la dégradation de l'intelligence ne lui permet même pas de comprendre ce qu'on attend de lui. La punition ne peut avoir de résultat moral car il ne sait même pas pourquoi il est puni.

Cette paralysie de la volonté n'est pas limitée au travail. L'inertie est la même en récréation. Le dément épileptique ne participe que peu aux jeux de ses compagnons. Il reste seul dans un coin, sans déployer aucune activité, ou quelquefois s'amuse avec un rien, un chiffon, un bout de papier, témoignant ainsi d'une mentalité en régression.

La même *parasse physique* le poursuit aux *ateliers*, à la *gymnastique*. A mesure que la déchéance progresse il devient incapable du moindre travail manuel.

Et pourtant, ces occupations dépourvues d'intellectualité plaisent en général aux enfants de cet âge et les filles s'adonnent avec zèle aux travaux de la *buanderie* et aux soins domestiques.

Lorsque la démence est imminente, ces moindres occupations leur deviennent à charge et elles les évitent.

Réduit à une vie ralentie, d'où toute activité est bannie, l'épileptique devient un être automatique, sans

volonté et sans but, chez lequel l'instinct de la conservation même semble se perdre dans cet anéantissement général de la personnalité.

3° SENSIBILITÉ

Nous avons étudié dans les précédents chapitres le rôle déprimant de l'épilepsie sur les manifestations du domaine de l'intelligence, et comment elle modifiait jusqu'à les réduire presque à néant les fonctions d'acquisition, de conservation et d'élaboration des idées qui s'y rattachent.

Nous avons pu voir également dans quelle mesure elle diminuait la quantité d'énergie disponible de l'individu.

Il nous reste maintenant à passer en revue toute une série de faits qui touchent de plus près à la personnalité même du sujet et sont constitués par ses divers modes de réaction vis à vis de lui-même, du milieu, social, des habitudes et des principes acquis.

Là encore, la démence de l'enfant peut fournir matière à des observations plus précises que chez l'adulte, surtout [dans le milieu hospitalier où il se trouve en contact avec des sujets de même âge, et où il est, entre les mains de l'éducateur, une pâte aisément malléable. Ses réactions ne peuvent donc être modifiées que dans des conditions qu'il est facile d'apprécier et l'influence de l'épilepsie à cet égard n'en sera que plus aisée à dégager.

Il est un fait qu'il importe dès maintenant de mettre en valeur : tandis que jusqu'à présent nous n'avons pu rencontrer dans le domaine de l'activité intellectuelle, d'abord, de l'activité volontaire, ensuite, que des modifications régressives se manifestant dès le début de la déchéance et se poursuivant, en s'aggravant, jusqu'à la démence terminale, ici, sur le terrain des réactions sensibles, dans tout ce qui constitue la *manière d'être épileptique*, nous retrouverons, pour tout ce qui a trait aux habitudes, aux tendances, au caractère, les stigmates psychiques qui composent l'état mental des épileptiques normaux. Mais, ces réactions communes à tous les épileptiques, vont subir, dès qu'apparaîtra la déchéance, une accentuation dans la qualité et l'intensité jusqu'à un maximum à partir duquel la force de la déchéance les obligera à s'éteindre peu à peu pour venir se fondre dans l'anéantissement général qui caractérise la démence épileptique. Les modifications du caractère épileptique normal au cours de la déchéance, peuvent donc être exprimées par une courbe d'abord ascendante qui se renversera au moment où les progrès de la déchéance tendront à effacer la personnalité de l'individu.

Pour la commodité de la description, les multiples réactions de l'épileptique peuvent être rangées sous plusieurs chefs ; réactions *vis à vis*, *d'eux-mêmes vis à vis de leurs semblables*, vis à vis des *habitudes acquises*, vis à vis des *principes acquis*. C'est dans cet ordre, forcément un peu schématique que nous les étudierons.

Mode de réaction.

A. *Vis à vis d'eux-mêmes.* — Les enfants normaux, surtout les filles, témoignent le plus souvent d'un certain intérêt pour leur personne, aiment à se soigner, à se parer, à déployer même une certaine coquetterie.

Que la déchéance arrive, et ces tendances diverses vont peu à peu disparaître. L'enfant devient indifférent. Sa tenue est négligée. Ses vêtements sont sales et en désordre. Si c'est un garçon, il est mal peigné, sans cravate, débraillé. Si c'est une fille, elle se coiffe sans aucune recherche, perd complètement le goût des cravates et des rubans qui tient cependant tant au cœur des femmes (on peut s'en rendre compte dans le milieu hospitalier, adulte féminin). Elle n'a plus aucun soin d'elle-même, et, si on lui en fait la remarque, elle répond : « C'est bien assez bon comme cela » . (Jogn...). Lorsqu'une d'elles conserve le goût des chiffons et des rubans, cela tient plus à une manie qu'à un sentiment de coquetterie.

Bref, la *suppression de tout amour-propre* constitue un signe manifeste de déchéance.

L'instinct de la conservation n'est guère modifié.

Peut-être est-il cependant un peu diminué. On conçoit que le défaut de réflexion qui résulte de la déchéance enlève à l'épileptique la critique des actes qui pourraient mettre en péril sa sécurité. Aussi, beaucoup d'épileptiques en déchéance n'ont-ils que très peu conscience du danger. S'ils se mettent dans une situation périlleuse et qu'on leur demande, dans leur intérêt, d'en sortir, ils

vous répondront qu'il n'y a aucun danger, qu'ils ne se trouvent pas en imminence d'accès ou de vertige. Mais, peut-être faut-il voir là moins de l'inconscience, qu'une manifestation de l'esprit de contradiction qui anime les épileptiques, surtout au début de leur déchéance et sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Cette indifférence personnelle n'est cependant pas aussi absolue qu'on pourrait le croire. L'enfant épileptique est avant tout un égoïste et nous allons nous en rendre compte en étudiant ses réactions vis-à-vis de ses semblables et du milieu social.

B. Vis à vis du milieu. — L'épileptique est en effet assez peu sociable. A l'encontre des enfants normaux réunis en agglomération qui vivent généralement en bonne intelligence avec leurs camarades, se lient facilement et se créent même des amitiés très solides, surtout lorsqu'il s'agit des filles, les épileptiques sont très peu prodigues de leur sympathie. Ils restent isolés et en perpétuelle méfiance vis-à-vis de leur entourage. Il est rare qu'ils aient un mouvement spontané de générosité, ou qu'ils cherchent à faire plaisir. Ils n'ont *aucune reconnaissance* pour ce qu'on fait pour eux, trouvent que tout leur est dû, se plaignent de tout, récriminent sur tout.

Si on les fait un peu travailler à l'entretien de la maison ou aux soins du ménage, ils trouvent qu'on abuse d'eux, et ne craignent pas d'en avertir leur famille au risque d'attirer des désagréments à ceux qu'ils devraient aimer puisqu'ils s'occupent d'eux. Ils sont donc dénués de bienveillance et d'attachement. Cette disposition anormale s'accroît lorsqu'apparaît la déchéance.

L'*affectivité* de ces enfants ne semble conservée que vis à vis de leur famille : peut-être même est-elle plus marquée que celle des enfants simplement arriérés intellectuellement. Ils parlent en effet souvent de leurs parents, manifestent une vive joie quand on vient les voir, et ces sentiments affectifs persistent alors que depuis longtemps leur déchéance les a rendus indifférents à tout.

C. — *Vis à vis des habitudes acquises.* — Cette *indifférence* qui s'installe peu à peu s'étend même aux manifestations les plus machinales et les plus automatiques de la vie journalière. C'est d'abord la négligence la plus complète pour tout ce qui touche aux *soins de toilette*. Au lever, ils ne songent ni à se débarbouiller, ni à se peigner, resteraient volontiers sales. Il faut insister pour les faire se nettoyer et ils le font alors avec lenteur et nonchalance.

Ils ont de la peine à *s'habiller*, mais ce n'est pas la déchéance physique seule qui est en cause et les gêne dans ce travail. A mesure qu'ils approchent de la démence, ils arrivent à un état de confusion tel qu'ils ne savent plus s'habiller, mettent deux chemises l'une sur l'autre.

Les filles attachent leur jupon par dessus leur tablier, ne savent plus se corseter, ne lacent pas leurs souliers.

Les bas tombent, la coiffure est en désordre. Il faut s'occuper de ces enfants autant et parfois plus que des idiots.

Au réfectoire ils sont incapables de retrouver leur

place, ce que les idiots font couramment. Ils mangent lentement et maladroitement, mais ne se plaignent pas de leur nourriture, ce dont on pourrait douter à priori, étant donné leur caractère. Enfin ils ne pourraient aider en rien au service de la table, si la nature de la maladie n'interdisait absolument de les employer à cet usage.

Ils font en général très mal les commissions. On peut cependant dans une certaine mesure les utiliser pour les soins du ménage, balayer, cirer les parquets, ou pour donner de menus soins à des camarades malades.

Mais, à mesure que la déchéance s'accroît, ces modestes services leur deviennent impossibles. Ils en arrivent ainsi à vivre d'une vie inquiète et errante.

Sans but, sans occupations, complètement inutilisables, ils tombent dans l'égaré absolu. C'est alors que, véritables déments, ils restent absolument isolés du monde extérieur et que la force de l'habitude n'est même plus capable de donner à ces malheureux un semblant de vie organisée. On les voit, la nuit, se lever et errer à travers les dortoirs, allant d'un lit à l'autre sans que l'on puisse discerner si leur intelligence appauvrie et dégradée prête une conscience quelconque à ces actes automatiques, et, lorsqu'ils veulent se recoucher, il leur est impossible de retrouver leur lit : ils empruntent le lit d'un voisin, se couchent avec le premier venu.

D. — Vis-à-vis des principes acquis. — Nous venons de voir comment les enfants épileptiques en déchéance et

en démente, réagissaient vis-à-vis des actes courants de la vie journalière.

Il nous reste à voir comment ils se comportent dans un domaine plus élevé, celui où s'élaborent, non plus les manifestations de la pensée et de l'intelligence, mais les règles qui président à l'organisation morale de toute vie humaine. C'est donc ce jardin secret de l'individu, où s'épanouissent sans contrainte ses tendances de caractère, ses interprétations personnelles des principes de la morale courante et dont ses manifestations extérieures et sa conduite nous donnent souvent la clef, qu'il nous faut maintenant explorer.

Aussi bien, les épileptiques ont-ils, sur ce terrain spécial, des réactions particulières qui constituent « l'état mental » qui leur est propre. C'est surtout là que nous verrons cette note distinctive s'exagérer, lorsqu'apparaît la déchéance, pour décroître ensuite lorsque la démente vient égaliser dans le même néant toutes les réactions de l'individu.

Le caractère de l'épileptique est essentiellement *irritable*. Pour un rien il se met en colère et va jusqu'aux voies de fait. Il prend naturellement tout du mauvais côté. Les moindres taquineries sont prétextes à des violences de sa part. Vient-on par inadvertance, à le bousculer, il y voit une préméditation et ne perd pas l'occasion de s'en fâcher. Il peut ainsi devenir très dangereux pour son entourage, d'autant qu'il peut avoir des crises d'accès de violence en série, témoin l'enfant Rich... dont nous avons rapporté plus haut l'observation et qui,

sans cause provocatrice, mordait ses camarades au point qu'on fut obligé de le mettre en cellule.

La *méchanceté* de leur caractère se manifeste encore par les plaintes qu'ils adressent à leur famille au sujet des personnes qui les soignent. Elles sont souvent sans aucun fondement, en tous cas il est rare qu'ils ne les amplifient pas démesurément.

Une autre particularité de leur caractère est la *défiance*. Ils ont peur qu'on les vole, enferment tout à clef. Cette défiance repose en partie sur un travers auquel bien peu d'enfants épileptiques échappent, c'est l'*avarice*, ou en tout cas l'amour exagéré de l'argent.

Leur seul bonheur est d'amasser. Pour y parvenir, ils font un véritable *commerce*, ne craignant pas de se priver des friandises que leur famille leur envoie :

Tel enfant vend chaque jour à d'autres la tablette de chocolat de son goûter, tel autre ses confitures, un troisième un peigne ou un objet de toilette. Certains ont même été jusqu'à vendre du vin. Ils sont heureux d'amasser ainsi de l'argent et de le compter. Mais il est juste d'ajouter que si cet amour exagéré de l'argent est commun à tous les épileptiques, certains ne le font pas par pur avarice et font volontiers des cadeaux à leurs parents. C'est encore ici une preuve de l'attachement particulier qu'ils témoignent à leur famille, car ils ne songent pas à donner quoi que ce soit à ceux qui les entourent. C'est une satisfaction qui leur échappe complètement. Cette passion de l'argent leur fait parfois commettre des actes nettement malhonnêtes. Telle enfant, (Mal...) n'hésitait

pas à *voler* des livres pour les revendre à des camarades.

Cet instinct de voler ou de garder indûment des objets trouvés peut se manifester chez des épileptiques déjà très égarés et sur les confins de la démence. On est alors surpris de trouver des manifestations d'activité intellectuelle au service de ces tendances immorales. C'est ainsi que l'enfant Rots... devenue à peu près incapable de s'exprimer, égarée au point d'être restée une partie de la nuit perdue dans un recoin obscur du bâtiment, trouve un jour dans la cour une chaîne et des médailles appartenant à une de ses camarades et les cache soigneusement dans ses bas pendant plusieurs jours.

On voit donc quelle *orientation anormale* l'épilepsie peut imprimer à la personnalité morale, et comment la déchéance ne fait que mettre davantage en évidence ces tendances mauvaises.

Il faut remarquer d'ailleurs, que les autres *impulsions vicieuses*, celles en particulier qui ont trait au sens génital sont rares chez les épileptiques. Il est exceptionnel qu'ils aient de mauvaises habitudes. Chez les garçons on note parfois une *tendance à l'ivrognerie* et il leur arrive de voler du vin pour satisfaire ce penchant.

Un autre trait de leur caractère est *l'esprit de contradiction*. Ils prennent le contrepied de tout ce qu'on dit. Enfin ils sont presque toujours portés à *mentir*. Tantôt leur mensonge est provoqué, lorsqu'ils sont pris en faute ou qu'ils veulent garder indûment quelque chose dont ils se sont emparés. D'autres fois, leur méchanceté instinctive est à l'origine de ce mensonge.

Ils mentent pour faire punir une des personnes qui les soignent ou un de leurs camarades qu'ils accusent de brutalité à leur égard. Parfois enfin leur mensonge n'a aucune raison d'être apparente. Ils mentent pour le plaisir de mentir. C'est à proprement parler de la mythomanie. Ils forgent alors de toutes pièces des histoires dont il est facile de reconnaître l'invraisemblance.

Il serait impossible de terminer cette revue rapide des principaux traits du caractère épileptique, sans dire un mot des *manies* qu'ils présentent tous à un degré plus ou moins prononcé. Les épileptiques même dans l'enfance ou dans l'adolescence sont déjà des maniaques dans l'acception commune de ce terme. Ils ont leurs habitudes qu'il ne faut pas contrarier. Tout ce qui leur appartient est rangé d'une façon méticuleuse.

Il ne faut rien changer de place, sous peine de les irriter.

Leurs vêtements sont pliés avec le plus grand soin. Il est clair que ces habitudes d'ordre un peu poussées à l'excès disparaissent avec les progrès de la déchéance. Leur manie s'applique aussi à certains objets dont elles ne peuvent se séparer et qu'elles traînent toujours avec elles.

Telle enfant a la manie d'avoir un sac, telle autre un panier (Hortense Vad...), une troisième une boîte et un panier (Mal...). Elles y mettent les objets auxquels elles tiennent ou dont elles se servent couramment, y adaptent un cadenas et l'emportent partout où elles vont : au réfectoire, en classe, à la douche. C'est à peine si elles

consentent à laisser cet objet très encombrant à la porte des cabinets et à ne pas l'y faire entrer avec elles.

Le soir, au dortoir elles placent ce sac sous leur traversin ou sur une chaise à côté d'elles. Elles ne voudraient s'en séparer pour rien au monde. Si elles sortent, si elles vont en permission, elles l'emportent avec elles, au grand désespoir de leur famille qui ne parvient pas à les en empêcher et préfère parfois ne pas les sortir du tout, que de les voir s'embarrasser ainsi de ce qu'elles appellent leur « fouillis », si on appelle une de ces enfants pour l'interroger un moment ou l'examiner, on la voit immédiatement arriver avec cet attirail encombrant qui prend parfois les proportions d'une véritable valise.

Cette ridicule manie n'est pas la seule dont sont atteintes ces épileptiques en déchéance. Ils ont l'habitude de ramasser et de collectionner tout ce qu'ils trouvent : chiffons, papiers, dessins ou images. Enfin certains enfants ont une prédilection spéciale pour les objets vivement colorés : le rouge est leur couleur favorite. Marie Lapl... en déchéance avancée n'était jamais plus heureuse que lorsqu'elle voyait s'allumer dans la nuit les becs de gaz. Elle les regardait avec passion, les comparait les uns aux autres : « Oh ! comme il est joli, celui-là », leur envoyait des baisers.

Telles sont les principales particularités que nous avons pu relever chez ces jeunes épileptiques en déchéance.

Ce qu'il faut surtout en retenir, c'est l'*irritabilité* et la *défiance* de leur caractère, la tendance très marquée à l'*avarice*. Ces travers persistent très longtemps, alors

Planche 1

Deb ..

Deb... Avril 1894



Deb .. Mars 1900.



Attitude typique d'un dément épileptique.

LA DÉCHÉANCE PHYSIQUE

Planche II.

Rich ..., 1896.



Rich ..., 1899



Rich ..., 1901



Rich ..., 1903

que la déchéance les a déjà rendus très indifférents aux soins journaliers qui occupent les enfants normaux, puis lorsque la démence est établie définitivement, ces réactions s'atténuent elles-mêmes pour disparaître presque complètement.

Nous avons donc vu quelles sont au point de vue *psychique* les modifications qu'entraîne l'épilepsie dans le domaine de l'activité intellectuelle, dans celui de l'énergie morale, enfin dans cette sphère plus intime et plus personnelle où s'élaborent les divers modes de réaction qui constituent la manière d'être épileptique.

Il nous reste à voir maintenant le *retentissement physique* de l'épilepsie et comment la répétition des paroxysmes provoque à la longue une déchéance organique appréciable non seulement dans le territoire moteur et sensitif du système nerveux, mais dans l'équilibre des différentes fonctions et jusque dans l'habitus extérieur du malade.

II. — MODIFICATIONS PHYSIQUES

Pour étudier ces *modifications physiques*, nous pourrions passer en revue les différents systèmes ou appareils de l'organisme et voir dans quelle mesure leur fonctionnement peut être troublé au cours de la déchéance et de la démence épileptique. Ce plan d'analyse serait peut-être le plus rigoureux et le plus méthodique, mais il semble préférable pour une description qui doit rester clinique avant tout, d'étudier ces divers symptô-

mes physiques dans l'ordre et suivant le mode de groupement qu'ils offrent le plus généralement à l'observateur.

Ce sont en premier lieu les modifications de l'**habitus extérieur** qui attirent l'attention du clinicien et lui permettent au premier aspect de penser qu'un épileptique est en déchéance et en route vers la démence.

Nous les analyserons donc tout d'abord, puis nous envisagerons les modifications apportées dans le domaine de la **réflectivité** et de la **sensibilité**, pour passer enfin aux troubles de la **nutrition générale**, liés d'une façon moins directe à l'atteinte du système nerveux et préparant la **cachexie terminale**, terme ultime de l'évolution physique de la démence épileptique.

a. Habitus extérieur.

Le simple aspect du malade suffit parfois à caractériser la déchéance, et cela devient encore plus manifeste si l'on a soin de faire photographier les malades à plusieurs mois d'intervalle. On peut avoir ainsi une série de documents qui rendent compte immédiatement des modifications produites dans l'**habitus extérieur** et constituent les témoignages irréfutables d'une déchéance physique régulièrement progressive.

Attitude. — *L'attitude* de l'épileptique en déchéance est en effet très particulière :

Au repos : elle est caractérisée par une **inclinaison antéro-latérale** du corps. Le sujet prend l'attitude hanchée.

Son centre de gravité est déplacé latéralement et il fait reposer le poids de son corps sur une seule jambe.

En même temps qu'il s'incline *latéralement*, le tronc se porte un peu en *avant*, donnant au malade une attitude affaissée et voûtée. La tête, enfoncée entre les deux épaules, subit pareillement un déplacement antéro-latéral.

Elle est inclinée vers la terre, si bien que, pour vous fixer, le sujet est obligé de regarder en dessous, ce qui donne à sa physionomie un aspect défiant et inquiet.

Il se dégage de cette attitude, une impression de lassitude et d'impuissance. Il semble que l'épileptique en déchéance ait de la peine à pouvoir se soutenir. Il s'affaisse sur lui-même. Le poids de sa tête entraîne en avant son centre de gravité et il a recours à l'attitude hanchée pour rétablir l'équilibre compromis. L'inclinaison antéro-latérale est la résultante de cette double modification de l'attitude normale. Elle constitue un des bons *signes de début* de la déchéance physique. Elle n'est d'abord que peu accusée, constituée seulement par une attitude un peu gauche du malade, puis, à mesure que les paroxysmes entraînent par leur répétition une dépression physique de plus en plus marquée, on voit s'accroître cette attitude spéciale qui n'était d'abord qu'ébauchée et qui va reproduire le type que nous avons décrit.

Enfin, dans un stade extrême, la station debout devient impossible. L'enfant est obligé d'avoir un point d'appui sur lequel il se laisse aller. A un degré de plus, enfin, il lui devient impossible de se soutenir. On est obligé de le prendre sous les bras et il en arrive ainsi gra-

duellement au *confinement au lit* qui va précipiter sa chute.

Pendant la marche, l'attitude, si elle est moins caractéristique que l'attitude au repos, n'en diffère pas moins de celle des sujets normaux. L'enfant a une démarche lente et pénible. Il s'en va, le corps penché en avant, le pas mal assuré et hésitant, traînant parfois les pieds qu'il semble avoir du mal à détacher du sol. Si la déchéance est plus avancée, la marche est encore plus incertaine et l'enfant a de la peine à se maintenir dans la bonne direction. Il s'en va de côté portant en avant ses mains comme pour se protéger d'une chute imaginaire.

Facies. — Les modifications de l'attitude ne constituent qu'une faible partie des troubles engendrés par l'épilepsie. On peut suivre sur la physionomie les progrès de la déchéance. L'enfant qui avait souvent au début de la maladie une figure éveillée et intelligente prend peu à peu un masque bestial et ingrat. Chez certains, ceux en particulier qui tombent fréquemment, le visage s'empâte, les lèvres se tuméfient et s'avancent en une moue brutale, les arcades orbitaires sont proéminentes, les sourcils froncés donnent un aspect courroucé à ce facies figé dans une expression de bestialité méchante. Chez d'autres, le visage est amaigri, les traits tirés, les commissures labiales abaissées, et le regard vacillant et inquiet ne peut plus éclairer cette physionomie qui traduit l'hébétéude la plus complète.

Il est à remarquer que ces modifications dans le masque de l'épileptique sont toujours plus accentuées chez

le garçon que chez la fille dont les traits naturellement plus fins n'arrivent jamais à exprimer la même bestialité.

A un degré extrême, les paupières tombantes, la bouche ouverte et laissant échapper la salive achèvent de donner à l'enfant cet aspect *d'égarement* et *d'anéantissement* qui caractérisent le dément épileptique.

Telle est l'allure générale de l'épileptique en déchéance, mais il est certains détails qui méritent d'être précisés davantage.

Regard. — C'est le regard qui contribue le plus à donner son expression à la physionomie.

Or, il existe à proprement parler un *regard épileptique*. Il est dur, froid, immobile et pénétrant, d'un éclat comparable à celui de l'acier. Tandis que chez les sujets normaux le regard est un peu le reflet de l'âme et de la personnalité, chez l'épileptique il semble n'affirmer aucune qualité. On ne peut le trouver méchant, mais il est certainement sans aucune bonté. On ne peut dire qu'il est mort, mais il s'exprime en aucun cas la vie. Il lui manque la flamme qui attire, éclaire la personne intime, provoque la sympathie et engendre la confiance. Il se fixe sans intérêt sur les gens et sur les choses, impénétrable et inquiétant.

Ce regard est commun à presque tous les épileptiques, si bien qu'avec un peu d'habitude, on peut parfois sur sa simple inspection faire un diagnostic d'épilepsie.

A mesure que la déchéance progresse, il devient de plus en plus dur, presque farouche, puis, lorsque la

démence proprement dite s'installe, que les paupières tombantes et les traits affaissés donnent à l'enfant son masque d'hébétude, le regard perd de son éclat spécial et s'éteint peu à peu.

Il existe très souvent des *troubles pupillaires* dans la démence épileptique et peut-être ont-ils une part contributive dans cette expression spéciale du regard.

Les pupilles sont généralement dilatées, quelquefois dans des proportions considérables. Cette dilatation suit d'abord immédiatement les accès pour disparaître dans leur intervalle. Puis elle s'installe d'une façon constante et coïncide parfois avec la démence.

Souvent la dilatation est unilatérale. Il y a alors inégalité pupillaire. L'une des pupilles étant normale, l'autre en mydriase. Les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont conservés.

Tremblements.— Outre ces troubles oculaires, on peut observer à la simple inspection de l'épileptique en déchéance un léger TREMBLEMENT DES LÈVRES qui s'accroît lorsqu'on veut provoquer le malade à parler. Si on lui fait tirer la langue, on constate qu'elle est animée de mouvements fibrillaires.

Ces phénomènes coïncident avec un léger tremblement des *main*s et des *doigts*. Ils ne sont en somme que la manifestation à l'état permanent des tremblements divers que l'on peut observer à la suite des paroxysmes et témoignent de la dépression nerveuse que traduit l'incertitude et l'incoordination des mouvements.

Trouble de la parole.— Parallèlement, il existe une *incoordination* de la parole. Nous avons déjà signalé en parlant du ralentissement des fonctions intellectuelles, la lenteur et l'insuffisance de l'expression.

Le débit est en effet ralenti, il faut arracher les mots au malade, souvent les phrases avortent. Ces troubles semblent d'origine centrale et sont en rapport avec la difficulté d'élaboration des idées.

Mais il existe en plus une gêne et une incorrection de l'élocution qui doivent sans doute être mises sur le compte du tremblement des lèvres et de la langue.

La parole est *hésitante*, le mot traîne, avec parfois répétition de syllabes, achoppement, puis se termine en une brusque explosion. Il y a en somme une certaine analogie avec la parole des PARALYTIQUES GÉNÉRAUX. Ce qui n'a rien de surprenant, puisque cette dysarthrie résulte de la même ataxie des lèvres et de la langue.

Ainsi, sur le terrain purement clinique, et sans tenir compte des modifications que l'épilepsie a pu provoquer dans le fonctionnement intellectuel du sujet, on peut, au premier aspect, sur la simple constatation de l'attitude, de la physionomie, du tremblement et des troubles de l'élocution, reconnaître qu'un épileptique a cessé de réparer ses pertes et de compenser sa lésion, qu'il est en déchéance et en marche vers la démence.

Ces renseignements peuvent être complétés par l'examen de la réflexivité et de la sensibilité, chez l'épileptique.

Réflexes. — L'étude des réflexes a été faite par PIERACINI dans l'état post-épileptique.

Suivant cet auteur, les réflexes, abolis après l'accès, reparaissent peu à peu et peuvent même s'exagérer dans une courte période qui précède le moment où le malade est complètement remis de son accès.

Dans quelques cas, cependant, BABINSKI, CESTAN et LE SOURD ont observé, au cours ou à la suite des accès d'épilepsie idiopathique, l'exagération des réflexes, la trépidation épileptoïde, l'abolition du réflexe anal et le phénomène des orteils. CROUZON a également noté, pendant les crises exclusivement, l'extension des orteils comme réaction vis à vis de l'excitation plantaire, la réaction normale en flexion s'observant dans les intervalles des crises.

Cet examen concerne des épileptiques simples et a trait aux modifications passagères qui suivent l'accès.

Nous avons recherché sur 12 épileptiques en déchéance ou en démence les modifications permanentes qui avaient pu se produire et nous avons noté :

1° Réflexes très exagérés dans 4 cas ;

Réflexes simplement exagérés 7 cas ;

Réflexes normaux 1 seul cas.

Cette *exagération* porte sur tous les réflexes qui sont modifiés dans leur intensité et leur brusquerie.

2° Trépidation épileptoïde bilatérale dans 1 cas ;

Trépidation unilatérale droite dans 2 cas ;

Ebauche de trépidation épileptoïde dans 2 cas ;

3° Réflexe plantaire en ébauche d'extension dans 2 cas et coïncidant avec la trépidation ;

Réflexe plantaire en flexion, mais très faible dans 4 cas ;

Pas de réflexe plantaire dans 2 cas.

En dehors des cas où il y avait une *ébauche d'extension* ce qui domine, c'est la difficulté qu'on éprouve à mettre en évidence le réflexe plantaire normal.

Peut-être y a-t-il là un fait en rapport avec la diminution générale de la sensibilité qu'on observe sur tous ces sujets.

Quoiqu'il en soit, et pour nous en tenir à *l'exagération des réflexes* et à la *trépidation épileptoïde*, ces troubles de la réflexivité, dans la démence épileptique, sont à rapprocher de ceux observés par MM. VOISIN et LEGROS. MM. VOISIN et LAIGNEL-LAVASTINE dans le type de « *démence épileptique paralytique et spasmodique* » qu'ils ont récemment individualisé. Mais il faut remarquer que les cas ainsi décrits s'accompagnaient d'hémiplégie, d'abord passagère et consécutive aux accès, puis permanente avec contracture, ce qui n'a jamais existé chez les sujets que nous avons examinés.

Sensibilité. — La diminution de la sensibilité a été notée parmi les séquelles de l'accès et attribuée à l'épuisement nerveux post-paroxystique.

BIERNACKI a décrit en particulier l'analgésie du cubital qui ne serait que transitoire d'après LANNOIS ET CARRIER qui ne l'ont trouvée que dans 20 % des cas.

Il nous a semblé que dans la démence épileptique où nous n'avons à rechercher que des troubles permanents, la sensibilité était diminuée d'une façon générale, mais il reste à savoir si cette atténuation des réactions à la douleur ou au contact doit être mise sur le compte de l'épuisement nerveux, ou n'est pas imputable en tota-

lité ou en partie à l'action du traitement bromuré intensif appliqué généralement à ces enfants.

Nous avons donc vu comment s'organisait peu à peu la déchéance physique, comment les modifications de l'habitus extérieur la signalaient tout d'abord, et quelles perturbations dans le domaine des réactions motrices et sensitives venaient ensuite témoigner d'une atteinte profonde du système nerveux.

Ces troubles fonctionnels vont s'aggraver peu à peu.

Gâtisme.— Le gâtisme vient bientôt attester la ruine de la personnalité physique. L'enfant a d'abord de l'incontinence d'urine. Elle apparaît en dehors des accès, d'abord exclusivement nocturne, puis parfois diurne : l'enfant s'oubliant de temps à autre ; enfin diurne et nocturne. Plus tard, l'incontinence se complète, les matières ne peuvent plus être retenues, et l'enfant devient un gâteux complet. Il est réduit à ce moment à une vie animale. La déchéance intellectuelle qui a marché de pair avec la déchéance physique lui a enlevé toute conscience. Bientôt la marche lui devient impossible et c'est alors la *période de confinement au lit* qui commence. Il est rare que dans ce moment, des troubles de la nutrition générale n'aient pas déjà provoqué l'amaigrissement du sujet.

La parésie et l'incoordination des mouvements le gênent pour se nourrir lui-même. On est forcé de l'alimenter.

D'ailleurs, l'appétit est nul, les digestions difficiles, l'assimilation précaire. Les pesées dénotent un amaigris-

sement régulier. On conçoit que, *confinée au lit* et réduit à une vie purement végétative, le dément épileptique devienne une proie facile à la *tuberculose pulmonaire*. On constate bientôt l'apparition de la fièvre, légères poussées vespérales qui s'accroissent, donnant à la courbe le type à grandes oscillations de la fièvre hectique. On constate des craquements au sommet, puis, à mesure que le ramollissement s'étend, la dyspnée apparaît, le visage se cyanose, les extrémités se refroidissent prennent une teinte livide. Les accès laissent chaque fois le malade plus déprimé, plus amoindri : une syncope mortelle vient un jour terminer la scène.

Telle est la fin du dément épileptique, depuis déjà longtemps mort à toute vie intellectuelle.

ÉVOLUTION GÉNÉRALE DE LA DÉMENCE ÉPILEPTIQUE

Nous venons, dans les pages précédentes, d'analyser les différents éléments dont se compose la *démence épileptique de l'enfant et de l'adolescent*. Mais bien que nous ayons cherché à les étudier dans l'ordre où ils se présentent le plus couramment en clinique, il nous a fallu, de crainte d'être trop confus, dissocier et classer dans des territoires distincts, les diverses manifestations de la démence épileptique. Cette nécessité de l'analyse a pu faire perdre de vue l'allure générale que revêt le syndrome en question.

Aussi, conviendrait-il de lui rendre son aspect clinique, en essayant d'esquisser rapidement *l'évolution générale* de la démence épileptique.

C'est qu'en effet, la déchéance ne progresse pas d'une façon régulièrement progressive et fatale. Elle est étroitement subordonnée dans sa marche à la *fréquence* et à l'*intensité* des paroxysmes. Que ceux-ci viennent à diminuer, et l'on verra les différentes manifestations de l'activité psychique et physique qui subissaient une éclipse passagère tendre peu à peu vers leur réhabilitation.

L'enfant qui, en classe, était devenu à peu près in-

capable d'aucun travail, dont l'écriture est informe, l'orthographe inexistante se remet à écrire, à suivre la dictée, à faire des opérations courantes presque comme avant la série d'accès qui avait précipité sa chute.

Son indifférence ou ses travers de caractère s'atténuent.

Il renaît un peu à la vie active. Sa parole est moins hésitante, sa marche plus assurée. Mais, en général, à moins d'une suppression très longue des paroxysmes, il ne redevient jamais ce qu'il était avant. Il sort toujours diminué de ses périodes d'accès. En un mot il tombe peu à peu en *déchéance*. Des mois, parfois des années, s'écoulent ainsi avant qu'il en arrive à la démence complète, c'est-à-dire à l'anéantissement des fonctions intellectuelles et des manifestations de l'activité physique.

A mesure qu'il y tend, les pertes subies peuvent de moins en moins se réparer, les oscillations diminuent d'amplitude. L'activité intellectuelle est la première à disparaître complètement, mais l'enfant se maintient encore au point de vue physique. Sans doute, au moment de ses périodes d'accès il devient gâteux ; incapable de se conduire, de s'habiller, de s'alimenter seul. On est obligé de le garder au lit. Mais, lorsque les accès s'éloignent, il redevient propre et, s'il est incapable d'un travail intellectuel quelconque, il peut du moins se suffire à lui-même pour les besoins de la vie journalière.

Cette forme pourtant bien inférieure de l'activité humaine va même devenir au-dessus de ses forces. Le

gâtisme va s'installer définitivement et le *confinement au lit* consacrera sa chute irrémédiable et définitive.

Telle est, avec son irrégularité, ses à coups, ses variations dans l'intensité et la rapidité de la marche, l'évolution générale de la démence épileptique. Mais, en constatant les rapports de cause à effet qui relient le paroxysme à la déchéance, nous pouvons en inférer que la suspension des accès pendant une durée assez longue pour équivaloir à une guérison permettra à l'épileptique, même en déchéance avancée, de retrouver l'intégrité première de ses fonctions intellectuelles et de poursuivre à peu près normalement le cours de son développement psychique.

On a vu ainsi des épileptiques ayant subi un commencement de déchéance, pouvoir ultérieurement exercer un métier, se marier et vivre de la vie de tout le monde. Mais, pour que ces guérisons puissent se produire, il faut nécessairement que la déchéance n'ait été liée qu'à un trouble purement fonctionnel.

Si des lésions permanentes de l'écorce ou des méninges sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir ont eu le temps de s'installer, il est clair que la lésion substituée au simple trouble fonctionnel est beaucoup plus indélébile et la *restitutio ad integrum* bien plus problématique.

Avant de clore ce qui a trait à l'évolution de la démence épileptique, il nous reste deux points à envisager :

L'influence de la NATURE DU PAROXYSMESUR la marche de la déchéance, d'une part ; — le mode suivant lequel s'effectue de la DÉSAGRÉGATION MENTALE, d'autre part.

Il semble reconnu, en effet, que la nature du paroxysme influence différemment l'évolution de l'épilepsie.

ESQUIROL avait déjà noté que l'épilepsie vertigineuse, conduisait plus rapidement et plus sûrement à la démence. Les auteurs qui l'ont suivi ont fait la même constatation et, en 1880, MM. BOURNEVILLE et D'OLLIER signalaient aussi que la déchéance est favorisée par les vertiges plus que par les accès. Quel que soit le mécanisme par lequel le paroxysme retentit sur les fonctions cérébrales, on peut remarquer que, lorsque l'épilepsie s'accompagne de vertiges, ceux-ci sont généralement beaucoup plus nombreux que les accès. Chez les enfants en déchéance, ils surviennent à peu près quotidiennement et plusieurs fois par jour. A certaines périodes, les vertiges ne sont souvent séparés les uns des autres que par quelques minutes. Ils sont toujours suivis d'une courte période d'obnubilation : on comprend dès lors que l'enfant ne puisse se livrer à aucun travail exigeant une attention soutenue. Il ne peut donc acquérir, ni même s'entretenir et perd rapidement les notions qu'il possédait. Le vertige conduit donc plus sûrement à la déchéance et à la démence que l'accès. Sans doute, lorsqu'une série d'accès survient, elle laisse le malade très amoindri, mais il peut, par la suite, réparer cette diminution passagère. Le vertige ne lui en laisse pas le temps ; il le rend impuissant à restaurer ses facultés perdues et le conduit de diminution en diminution jusqu'à la démence définitive.

Le mode de désagrégation des facultés mentales suit, dans l'épilepsie, les règles générales qui s'appliquent à

toutes les variétés de dégénérescences et de démences.

Il semble cependant que la loi de régression formulée par RUBOT soit difficile à vérifier chez l'enfant.

Chez le dément sénile, il est aisé de reconnaître que les acquisitions anciennes résistent plus longtemps que les nouvelles. Chez l'enfant, on manque un peu de recul pour pouvoir faire ces constatations. Il semble cependant que la diminution de la mémoire porte à peu près également sur les faits récents et sur les faits anciens. Chez le vieillard, la diminution de la mémoire résulte de ce que les acquisitions nouvelles ne tiennent pas, contrairement aux anciennes qui ont été profondément gravées.

Chez l'enfant, le mécanisme semble un peu différent. Ce qui frappe, quand on l'interroge, c'est la difficulté de la recherche. On le sent impuissant à remonter jusqu'au souvenir, sans que l'on puisse savoir si la notion acquise est réellement disparue du champ de la conscience, ou s'il n'y a là qu'une apparence liée à l'incapacité du rappel du fait de l'obnubilation engendrée par l'épilepsie.

Quoiqu'il en soit, la conservation des diverses manifestations de l'activité psychique est en raison inverse de leur complexité. C'est dans ce sens que les aptitudes intellectuelles se modifient. Les notions d'arithmétique disparaissent en même temps que l'orthographe se perd, que le style devient enfantin. Un peu plus tard l'enfant en arrive à être incapable de suivre une dictée et se borne à faire des copies. Plus tard encore, l'écriture

devient informe puis impossible. L'enfant désapprend à lire.

Dans le domaine de *l'affectivité*, tout ce qui contribue à donner à la vie son harmonie, sa logique, sa régularité disparaît d'abord. L'indifférence met le sujet en état d'infériorité par rapport aux habitudes ou aux occupations conventionnelles de la vie journalière, amoindrit sa sociabilité. Les réactions normales vis à vis de l'individu ou du milieu social disparaissent peu à peu. On voit au contraire se produire une *orientation nouvelle* de la vie psychique, constituée par des tendances anormales et en dehors des règles courantes de la morale. C'est ainsi que l'épileptique en déchéance devient irritable, grossier, qu'il est dominé par des impulsions mauvaises que son caractère devient sournois et méfiant, qu'il est enclin au vol et à l'avarice, qu'il est esclave de manies irréductibles. Ces particularités de caractères apparaissent et se développent à mesure que la déchéance éteint chez l'enfant les réactions normales. Si elles existaient déjà antérieurement, elles ne font que s'accroître jusqu'au moment où l'activité cérébrale devient impuissante à se manifester de quelque façon que ce soit.

Telle est la *marche* de la démence épileptique chez l'enfant et chez l'adolescent.

La *durée d'évolution* est extrêmement variable.

Nous avons vu qu'elle était essentiellement subordonnée à la fréquence ou à l'intensité des paroxysmes, que des *rémissions* pouvaient se produire durant des semaines et même des mois. Cette marche irrégulière et par à coups

qui permet au sujet de récupérer pour un temps tout ou partie de ses facultés perdues explique que la terminaison fatale de la démence épileptique puisse être dans quelques cas très longtemps retardée.

Il est donc à peu près impossible de lui assigner des limites, si larges soient-elles. Certains cas évoluent rapidement en deux ou trois ans ; d'autres n'aboutissent à une issue fatale qu'après dix ans et plus d'une déchéance irrégulière entrecoupée de rémissions. Ce qu'on peut dire, c'est que, lorsque l'enfant est arrivé au confinement au lit, non à la suite d'une série d'accès, mais du fait d'une déchéance, lentement, et assez régulièrement progressive, il est bien près du terme de sa maladie.

Terminaison. — La *terminaison* naturelle de la démence épileptique est, ainsi que nous l'avons décrit, la **cachexie tuberculeuse**. Dans ces cas, la tuberculose pulmonaire revêt une forme relativement rapide étant donné qu'elle se greffe sur un organisme, non pas seulement en état de moindre résistance, mais déjà très affaibli et incapable de se défendre.

Généralement la question se juge en quelques mois, avant même que le sujet en soit arrivé à la période cavitaire. Il est plus rare qu'on ait affaire à une tuberculose brûlant les étapes et que le malade soit emporté en quelques semaines par une granulie ou une pneumonie caséuse.

En dehors de ces cas où elle évolue normalement vers la tuberculose pulmonaire, la démence épileptique peut

se terminer brusquement, soit dans un état de mal, soit au cours d'une maladie intercurrente, pneumonie, fièvre typhoïde, etc...

Si la MORT est la terminaison habituelle de la démence épileptique liée à des paroxysmes intenses et répétés, nous avons laissé pressentir en parlant des rémissions parfois très durables de l'épilepsie qu'elle n'était pas incompatible avec une très longue survie. Il est donc des cas, malheureusement trop rares, où l'épileptique peut bénéficier, sinon d'une guérison complète, du moins d'une rémission qui peut lui équivaloir. La démence est alors parfaitement curable et il serait donc inexact de vouloir lui assigner un pronostic fatal quoad vitam.

OBSERVATIONS

Avant d'en arriver aux diverses formes cliniques et au diagnostic de la démence épileptique de l'enfant et de l'adolescent, voici, pour clore ce chapitre de symptomatologie, un certain nombre de pièces à conviction, prises entre de nombreuses observations d'épileptiques en déchéance et en démence. Elles sont de même ordre que l'observation de Rich... donnée plus haut comme type et montrent bien l'évolution générale de l'affection.

Merl... (Onésime-Albert) 16 ns.

Entre à Bicêtre en 1888. Les antécédents font défaut mais les notes scolaires de l'école communale du 19^e arrondissement le montrent comme un très bon élève. Dans les compositions il est 7 fois 1^{er}, 2 fois 2^e, 2 fois 3^e, sur 22 élèves. Il est donc à la tête de sa classe.

1888 (entrée). L'enfant est intelligent. Sa conversation est facile. Il jouit d'une bonne mémoire. Se tient bien en classe et au réfectoire, mange seul, n'est pas gâteux. Pas de tics, ni d'onanisme. S'habille et se déshabille seul. Fait bien sa toilette. Son caractère est bon et affectueux. Au point de vue scolaire il lit, écrit et calcule bien. Bonnes dispositions pour la gymnastique. Ses accès ont lieu surtout le matin au réveil.

1889. Janvier : Bon travail et beaucoup d'amour-propre. Bonne tenue. Se met facilement en colère.

Mai : L'enfant devient lourd et moins joueur. Son attention diminue. Il devient lent à écrire et à compter. Les dictées sont pénibles. Le caractère se modifie. Les accès sont très fréquents la nuit. Il y a en somme une tendance à l'affaiblissement.

Juin : L'enfant s'anéantit de plus en plus. Sa gaité tombe, il ne joue plus et les exercices physiques lui sont à charge. La gymnastique devient mauvaise. Ses camarades l'appellent « Merl... l'abruti ». Série d'accès le 27 juin qui nécessitent l'entrée à l'infirmerie.

Août : Etat stationnaire.

Novembre : L'enfant est un peu plus gai, mais son travail scolaire est très mauvais et il est le dernier en classe. Il n'a plus de goût pour la gymnastique. Sa tenue est cependant assez convenable. A chaque série d'accès l'enfant est obligé d'aller à l'infirmerie où il a une période de délire avec hallucination.

Décembre : Légère amélioration. La mémoire et la gaité reviennent un peu.

1890. Janvier : La mémoire de l'enfant a encore diminué.

Ses réponses sont très lentes à venir et il répète plusieurs fois les mots avant de pouvoir achever une phrase. Il lui est très difficile de suivre la classe alors qu'il était le premier autrefois. La déchéance est donc très prononcée.

Octobre : L'enfant est dans une période de rémission. Il travaille mieux et son amour-propre revient un peu.

1892. Septembre : L'affaiblissement intellectuel a reparu et s'accuse de plus en plus. La mémoire est complètement perdue et l'enfant pose tout le temps les mêmes questions. Son caractère se modifie. Il est facilement impatient. Il est

d'ailleurs en butte aux taquineries de ses camarades. Malgré cela, il est gai et a bon cœur. Sa tenue est assez propre malgré sa déchéance.

Décembre : La perte de la mémoire s'accroît et l'enfant commence à être égaré. Il se déshabille plusieurs fois par jour croyant être à la douche ou au dortoir.

Le travail scolaire est très mauvais. L'enfant ne comprend plus ce qu'il écrit.

Son caractère s'est encore modifié. Il est devenu turbulent, grossier et très violent. Malgré cela les habitudes de propreté sont conservées.

1893. La déchéance s'est accentuée et l'enfant est de plus en plus égaré. Il ne peut plus manger ni s'habiller seul. Les habitudes de propreté ont disparu. Il lui est impossible d'effectuer un travail quelconque.

1894. *Juin* : L'enfant fait de fréquents séjours à l'infirmerie à l'occasion de ses nombreux accès. Il est turbulent et violent, complètement égaré. Il se rappelle encore quelques chants qu'il fredonne à ses moments de calme, mais a oublié tout le reste.

Son caractère est de plus en plus difficile et il terrifie son entourage. Il tutoie tout le monde, pleure et rit sans motif.

Septembre : La déchéance s'accroît encore. En classe, l'écriture est devenue à peu près impossible. Il ne peut même copier un modèle. Ne reconnaît plus son monde.

Décembre : L'enfant est devenu complètement dément. Ses actes sont uniquement instinctifs. Il se déshabille, urine devant tout le monde. Enfin il est devenu un véritable danger pour son entourage.

1890. *Février* : Entrée à l'infirmerie. Mort dans une série d'accès.

L'enfant a donc suivi les différentes étapes de la démence

Sa *déchéance* a été surtout caractéristique au point de vue scolaire et son écriture est très instructive.

Bar... (Hippolyte).

Entré à Bicêtre le 5 juin 1895. Décédé 11 janv. 1908.
Début de l'épilepsie à 9 ans 1/2. Après une frayeur.

1896. Tendance à la *déchéance*. Inégalité pupillaire. Pas de tremblement. Sait lire, écrire et faire les 3 premières opérations.

1897. Augmentation des accès.

1898. *Janvier* : L'enfant s'affaiblit de plus en plus intellectuellement. Ne peut presque plus s'occuper en classe et ne sait pas retrouver sa place. Bon caractère.

Juin : Travail de plus en plus mauvais. Caractère niais et enfantin. Modification de l'attitude.

1899. *Janvier* : *Déchéance* de plus en plus marquée. Tenue défectueuse.

Novembre : Difficulté à marcher, à s'habiller, l'air hébété.

1905. *Juin* : L'enfant parle de moins en moins et la parole est parfois incompréhensible. Il peut à peine dire son nom et est incapable de l'écrire.

Décembre : La *déchéance* s'accroît. L'enfant a constamment la bouche ouverte. L'écriture est à peu près nulle. Le calcul nul depuis 1897.

1901. *Mai* : Lecture courante de plus en plus difficile. L'enfant a de la peine à syllaber.

Juillet : Légère amélioration quoique physionomie très hébétée.

1902. L'enfant est tout à fait égaré. Son attitude est affaissée.

1903. Il devient agité. Se promène continuellement. Embarras de la parole.

1904. L'enfant est devenu un véritable dément.

1905. 11 Janvier : Etat de mal. 60 accès. Coma, mort.

AUTOPSIE : Rien de particulier en dehors de l'épaisseur de la calotte crânienne, lourde et violacée comme chez la plupart des vieux épileptiques.

Bouc... Entré en Octobre 1897.

1897. A ce moment l'enfant a un caractère doux et affectueux. Sa tenue est très bonne. Il travaille bien, lit, écrit, sait les 3 premières règles, fait des problèmes, sait de l'histoire et de la géographie.

1898. La déchéance se manifeste déjà. L'enfant vient de traverser de longues séries d'accès accompagnés de phénomènes d'excitation pendant lesquels il cherchait à se sauver.

1899. Juin : Diminution de la mémoire et surtout de l'aptitude à calculer.

Décembre : La mémoire disparaît de plus en plus. L'enfant a bon caractère mais il manifeste une tendance marquée à l'ivrognerie.

1900. Juin : L'enfant travaille mal, devient indifférent à ce qui se passe en classe, sort de sa place pour se promener. Sa tenue est bien moins soignée.

Décembre : Le travail est devenu presque nul. L'enfant est égaré et se promène nuit et jour.

1901. Janvier : Les pupilles sont dilatées, pas de tremblement de la langue, ni d'embarras de la parole. Très mauvaise tenue. Indocilité. Instabilité physique. L'enfant vole du vin à ses camarades. Onanisme. Le sommeil est pénible. Se promène dans le dortoir.

Décembre : Instabilité physique. Attitude caractéristique. Travail nul, l'enfant se sauve constamment.

1905. Passage aux adultes, sans amélioration.

La déchéance s'est donc accusée progressivement, à la soif

dans le domaine psychique et le domaine physique. L'attitude penchée, l'air abruti sont très caractéristiques.

Sch... (Lucie), 18 ans.

Entrée à la Fondation Vallée, le 22 août 1908.

1898. Début de l'épilepsie à 7 ans. Ne sait ni lire, ni écrire. Aime les exercices physiques et travaille bien à l'ouvroir et à la gymnastique. Bonne volonté. Bon caractère, douce et calme, n'aime pas les jeux bruyants.

1899. Progrès scolaires. Assez bon travail, mais peu de mémoire. Caractère un peu susceptible et boudeur. S'habille et suffit seule aux soins de sa toilette. Amélioration.

1900. L'enfant fait des progrès, mais est très légère en classe, sort de sa place pour se promener. Très abattue après les accès. Le caractère est susceptible. Etat stationnaire

1901. L'enfant a beaucoup de vertiges et les progrès s'en ressentent. Elle a très mauvais caractère, se met en colère et frappe ses compagnes, devient grossière, prend mal les observations. Les réponses sont lentes, la parole embarrassée.

1902. Même état. Indiscipline marquée.

1903-1904. L'enfant devient de plus en plus irascible.

1905. L'enfant ne fait plus de progrès et ne travaille que quand elle est bien disposée. Elle est très indisciplinée et tend de plus en plus vers la déchéance.

1906. *Janvier* : L'enfant lit et écrit de plus en plus difficilement. Son caractère devient maussade et désagréable. Elle ne joue plus et se met en colère facilement. Se néglige au point de vue de sa toilette.

Août : La déchéance s'accroît. L'enfant reste souvent abruti dans un coin. Elle ne veut plus jouer, ne fait plus rien à l'ouvroir ou à la buanderie. Elle est désordonnée et mal tenue, ne se donne même pas la peine de se débarbouil-

ler. Ses mouvements sont lents. Sa parole est embarrassée et traînante, elle gâte de temps en temps.

Décembre : ETAT ACTUEL : Attitude penchée. Regard hébété, pupilles dilatées, très mobiles, réagissant facilement. Bouche entr'ouverte. Parole scandée, hésitante, un peu explosive.

Pas de troubles de la sensibilité.

Réflexes très exagérés des 2 côtés. Trépidation épileptoïde des 2 côtés. Ebauche de signe de Babinski.

Assez bon état général.

Au point de vue intellectuel, l'enfant comprend bien les questions mais y répond difficilement dès que la question est un peu compliquée ou qu'on fait appel à sa mémoire. La mémoire est très mauvaise. L'attention est difficile à obtenir.

En résumé, enfant en *déchéance* très marquée au point de vue physique et intellectuel.

Schal... (Amélie) 18 ans.

Entrée à la Fondation Vallée le 14 novembre 1906. Normale jusqu'à l'âge de 6 ans. Puis début de l'épilepsie à l'occasion d'une chute d'un 4^{er} étage.

1897. Assez bon travail. Commence à lire et à écrire, ce qu'elle ignorait à son entrée. Elle est un peu turbulente. Cependant son caractère est doux et affectueux. Elle est très propre, travaille bien à l'ouvrage et aux exercices physiques.

1898. L'enfant fait des progrès scolaires, mais elle est très dissipée. Elle manifeste de la bonne volonté. Gâteuse dans ses périodes d'accès. Légère amélioration.

1899. Les progrès sont arrêtés et l'enfant a une tendance à la *déchéance*. Sa physionomie se modifie, son regard est vague et sans but. Le travail est lent. Le caractère n'est pas modifié.

1899. L'enfant devient turbulente en classe. Elle est désobéissante.

béissante et irritable, sa parole est lente et parfois embarrassée.

1900. Tendance plus marquée à la déchéance. L'enfant devient boudeuse, entêtée, grossière. Elle est lente dans tout ce qu'elle fait. Très abattue après les accès. Léger tremblement de langue.

1901. Les modifications du caractère vont en s'accusant.

1902. La déchéance s'accroît. Les progrès scolaires sont nuls. L'enfant sait lire, écrire, copier et faire une addition. C'est tout. Son caractère est très mauvais et elle prend plaisir à faire ce qui est défendu.

1903-04-05. L'enfant est en déchéance complète. Son intelligence s'est progressivement affaiblie. Elle reconnaît à peine les lettres et les chiffres, ne peut plus copier. Le caractère est devenu très mauvais. L'enfant ne peut plus s'habiller seule. Elle reste somnolente. Sa parole est embarrassée et tremblée. Elle ne fait presque plus rien à l'ouvrage et à la gymnastique où elle se plaisait beaucoup jadis.

1906. La déchéance est complète sur toute la ligne. L'enfant ne fait plus rien au point de vue scolaire.

Elle est complètement égarée et ne peut même plus s'habiller seule.

Décembre. ETAT ACTUEL : Attitude affaissée au repos et pendant la marche. Regard vague. Pupilles dilatées et inégales. Bouche ouverte. Tremblement de la langue. Parole très tremblée ressemblant à celle de la paralysie générale.

Diminution notable de la sensibilité.

Exagération des réflexes. Trépidation épileptoïde à droite.

Assez bon état général.

Au point de vue intellectuel l'enfant comprend et répond très difficilement. Sa mémoire est extrêmement confuse. Elle est à peu près égarée et reste hébétée sur sa chaise.

En résumé *déchéance* très marquée à la fois au point de vue physique et au point de vue intellectuel, puisque l'enfant qui avait appris à lire, écrire et compter, a complètement désappris et est devenue incapable de tout travail.

Magn... (Henriette) 18 ans.

Entrée à la Fondation Vallée le 31 décembre 1902.

1903. Enfant assez intelligente. Bon caractère, vif et gai. Lit, écrit et sait les 3 premières opérations. Se plait beaucoup en classe et travaille bien. Bonne en gymnastique.

1904. *Janvier* : Etat stationnaire à tous les points de vue. Assez travailleuse. Caractère irrégulier, tantôt triste, tantôt d'une gaité folle. Assez susceptible et boudeuse.

Juillet : Stationnaire. Caractère irrégulier et mauvais esprit.

1905. Modifications du caractère qui devient de plus en plus susceptible.

1906. *Janvier* : L'enfant se conserve au point de vue classique mais elle est très somnolente. En même temps elle devient maniaque et très avare, prend plaisir à amasser de l'argent.

Juin : Déchéance au point de vue classique. Le travail est devenu extrêmement lent. L'enfant est volontiers somnolente, dort souvent en dehors des accès. Même caractère. Amour exagéré de l'argent. Extrêmement lente en tout ce qu'elle fait. Ecriture non tremblée, mais appuyée.

En somme tendance marquée à la déchéance.

Décembre : ETAT ACTUEL : Attitude un peu affaissée. Regard dur et froid. Pupilles normales. Pas de tremblement.

Réflexes normaux. Pas de clonus du pied. Au point de vue intellectuel comprend et s'exprime facilement.

En résumé, *déchéance* peu avancée, mais cependant manifeste, sinon au point de vue physique, du moins au point de vue intellectuel : lenteur du travail, apparition de manies, modifications du caractère, lenteur des diverses réactions.

Vach... (Hortense) 18 ans.

Entrée à la Fondation Vallée le 10 février 1903.

Début de l'épilepsie à 11 ans.

1904. L'enfant qui a obtenu son certificat d'études est bien conservée intellectuellement. Son écriture est bonne. Elle fait facilement les problèmes. Enfin les devoirs de style sont intelligemment développés.

L'enfant a bon caractère, n'est ni méchante, ni grossière, mais est un peu susceptible et maniaque.

Elle est assez prétentieuse.

1905. L'enfant va vers la *déchéance*. Elle n'a plus les mêmes facilités que jadis. Son écriture est conservée, mais l'orthographe devient défectueuse. Les devoirs de style sont plus longs à faire, très peu et très mal développés, sans idées. Le caractère devient susceptible.

1906. Affaiblissement continu. Ecriture un peu tremblée. Problèmes faux. L'orthographe devient très mauvaise. Il y a une faute presque à chaque mot. Dans les dictées les mots ne sont pas toujours compris. En copiant, les mots sont fusionnés par manque d'attention. Les devoirs de style deviennent de plus en plus difficiles, et de plus en plus courts, sans idées. La dernière rédaction présente même des phrases impossibles à comprendre et qui témoignent d'une *déchéance* intellectuelle prononcée.

Le caractère devient susceptible. L'enfant se froisse et pleure facilement. Elle aime à se faire remarquer, devient

maniaque et avare. Ses actions deviennent de plus en plus lentes.

Décembre : Etat actuel : assez bon état physique. Regard dur. Pupilles dilatées. Pas de tremblement. Réflexes exagérés. Pas de clonus.

Au point de vue intellectuel comprend et répond facilement. S'exprime même avec prolixité et avec une certaine prétention.

En résumé, *déchéance* peu marquée, mais manifeste, surtout dans le domaine intellectuel puisque l'enfant avait eu une instruction permettant d'obtenir son certificat d'études.

Rach... 22 ans.

Antécédents : pas d'hérédité nerveuse immédiate. Normale jusqu'à 3 ans 1/2 puis convulsions qui se reproduisent à 4 ans.

A 9 ans absences quotidiennes. A 10 ans 1^{er} accès se reproduisant au bout d'un mois pour devenir journalier. De temps en temps, rémissions de 8 à 15 jours.

A partir de 13 ans affaiblissement de l'intelligence, diminution de la mémoire. Trépanation par M. Péan. Suspension d'accès pendant 1 mois puis réapparition, perte de la parole. S'améliore au moment des rémissions et recouvre l'usage de la parole. Jusqu'à 9 accès dans les 24 heures.

Actuellement DÉMENCE :

Signes psychiques : Perte absolue de la parole sauf à de rares intermittences. Incapable d'aucun travail et complètement égarée. Parfois méchante et grossière. Sentiments affectifs à peu près nuls.

Signes physiques : Attitude penchée du corps et de la tête. Bouche ouverte. Regard dur, farouche. Exagération très

marquée des réflexes. Pas de clonus. Gâteuse sauf dans les périodes de rémission. Léger tremblement généralisé.

En résumé *démence avancée* à la fois dans le domaine, physique et le domaine psychique.

Cars... (Edmond) 22 ans.

Antécédents : Pas d'hérédité nerveuse.

1^{re} convulsion à 15 mois, se reproduisent à 18 mois, puis plusieurs fois par semaine avec rémissions.

A 3 ans aggravations. Trépanation. Réapparition des accès au bout de 15 jours. Affaiblissement de l'intelligence. Actuellement :

Signes psychiques : Parole très lente et réponses très longues à venir. Grande difficulté à retrouver le jour, la date etc.

Signes physiques. Attitude caractéristique. Pas de tremblement de la langue ni des mains. Pas d'inégalité pupillaire.

Exagération très marquée des réflexes surtout à droite avec trépidation épileptoïde de ce côté.

En résumé, déchéance confinant à la *démence*.

Mer... (Jean) 18 ans.

Antécédents : Pas d'hérédité nerveuse.

Normal jusqu'à 7 ans, apprenait facilement et avait une bonne mémoire. A 7 ans perte de connaissance. 2^e accès 8 jours après, puis toutes les semaines. Augmentation des accès en 96 et déchéance. Actuellement :

Signes psychiques : Parole lente avec léger tremblement de la voix. Réponses longues à exprimer.

Signes physiques : Attitude penchée.

Exagération des réflexes. Pas de clonus.

Tremblement de la langue et des mains.

En résumé, *déchéance avancée*.

FORMES CLINIQUES

Nous avons essayé de décrire la démence épileptique de l'enfant et de l'adolescent telle qu'elle se trouve le plus habituellement réalisée en clinique avec ce caractère commun d'affaiblissement progressif portant sur les divers modes de l'activité psychique et physique. Puis, jalonnant ce chemin que suivent tous les épileptiques en déchéance, nous nous sommes efforcés de mettre en relief les diverses particularités qui donnent à la démence épileptique de l'enfant sa physionomie spéciale, et la différencient des autres variétés de démence. Mais il faut remarquer que, même sous cette forme commune, elle peut se présenter sous des aspects assez variés.

Comment pourrait-il en être autrement d'une affection intéressant à un tel degré les fonctions psychiques dont la dissolution résume presque à elle seule toute la symptomatologie. Aussi, les cas de démence épileptique ne sont-ils pas tous superposables les uns aux autres.

Chez tel enfant la déficience psychique domine le tableau clinique et elle porte plus particulièrement sur telle ou telle manifestation de l'activité cérébrale.

Chez un autre, la déchéance physique prendra le pas

sur la déchéance psychique. Enfin, toujours dans cette forme commune, la démence du garçon n'est pas identique à celle de la fille.

Chez le *garçon*, la déchéance physique est plus manifeste. Sa physionomie exprime davantage l'hébétude ou d'autre fois, la brutalité. Son caractère est plus irritable, plus violent, il est plus volontiers grossier, davantage enclin à l'ivrognerie.

Chez la *fille*, la déchéance physique est plus longtemps retardée. Mais elle est beaucoup plus méfiante, beaucoup plus sournoise, beaucoup plus avare que le garçon. Elle est moins désordonnée. Mais c'est chez elle que les manies se développent avec le plus d'ampleur.

La diminution des aptitudes scolaires est à peu près égale de part et d'autre.

En dehors de ces variétés du type commun, il est des cas assez particuliers pour constituer de véritables formes cliniques.

Démence agitée. — On peut décrire sous ce nom des cas où la diminution de l'activité normale est marquée par une *activité anormale* et déraisonnable. L'enfant qui n'est capable d'aucun travail ou d'aucune manifestation intellectuelle réglée, est en proie à une *loquacité* extraordinaire. Vous aperçoit-il, il accourt vers vous et se met à débiter une série de phrases, généralement toujours les mêmes, à peu près dénuées de sens ou, en tout cas, sans aucun rapport avec les circonstances. Parfois, c'est un mot qu'il répète cinq ou six fois de suite, ou une simple onomatopée.

Il accompagne ses paroles d'un geste des mains et de

la tête ou d'une mimique invariable accentuant chaque mot.

A cette instabilité mentale se joint généralement une *instabilité physique* des plus marquées. L'enfant ne reste pas une minute en place, va d'une personne à l'autre, répétant les mêmes mots, les mêmes gestes.

Il court dans tout le bâtiment, furète dans tous les coins, fouille dans les armoires. Il est impossible d'attirer son attention sur quelque chose. Les exercices scolaires sont entravés par cette agitation perpétuelle.

Il est une cause de désordre pour les enfants qui l'entourent.

Voici les notes concernant un jeune épileptique en déchéance et qui montreront mieux que toute description cet état particulier d'agitation.

Aar... (Charles).

Entré à l'asile. Ecole de Bicêtre en 1902.

L'enfant à son arrivée est en bon état. Son physique est agréable. Le caractère bon et assez égal. L'intelligence est moyenne. L'enfant sait à peine lire, pas du tout écrire et compte jusqu'à 50. Il est propre, s'habille et se déhabille seul. Jusqu'à 3 et 4 accès par jour.

1902. *Juin* : L'état de l'enfant ne s'améliore pas, il a des crises très fréquentes et tend vers la déchéance.

Son caractère devient irritable. Il est entêté et veut qu'on réponde à ses questions qu'il répète jusqu'à ce qu'on lui ait donné satisfaction, sinon il se met en colère.

Décembre : L'enfant devient de plus en plus désagréable et ne reste pas un moment sans causer.

Il ne veut pas qu'on lui coupe la parole et s'écrie : « Tais-toi, écoute-moi », puis il débite sans interruption des phrases

sans suite, exige une réponse : « Dis-moi oui, dis-moi oui ».

1903. Juin : L'enfant ne reste pas une minute tranquille. Il parle continuellement, interroge ceux qui l'entourent sur n'importe quel sujet, ne répond jamais à ce qu'on lui demande et répète continuellement : « Dis-moi oui ».

Décembre : L'état de l'enfant ne s'améliore pas. Sa loquacité est une véritable fatigue pour son entourage. Il n'arrête pas de parler malgré toutes les observations qu'on lui fait. Il n'est cependant pas dépourvu d'intelligence, retient facilement ce qu'on lui dit, mais son instabilité gêne beaucoup son instruction. Sa tenue est mauvaise, il est toujours débraillé.

1905 Juin. La déchéance de l'enfant s'est encore accentuée. Ses accès sont toujours aussi fréquents. Sa tenue est négligée, il ramasse et mange tout ce qu'il trouve. Son bavardage est toujours aussi prononcé.

Novembre. L'enfant est de plus en plus agité. Il ne se contente pas de parler sans cesse, mais se sauve, court de tous côtés. Il faut aller à sa recherche dans tous les services.

1906 : Mai : L'enfant est très abruti par ses accès et est un peu moins agité. Il reste volontiers couché, n'a pas d'appétit.

Septembre : L'agitation est revenue comme avant. L'enfant n'a pas un instant de repos. Il passe son temps à courir, à mendier, de droite et de gauche, s'adresse à toutes les personnes connues ou inconnues qu'il voit. En classe il est une cause de dérangement pour ses camarades. Sa tenue est tout-à-fait débraillée. Tendance à l'onanisme.

L'agitation persiste la nuit. Il cause tout haut, se lève, court et va déranger les autres enfants endormis, leur parle, et s'ils ne répondent pas, insiste, disant sans cesse : dis-moi oui, dis oui à « petit paletot » (c'est le sobriquet que ses

camarades lui ont donné parce qu'il répétait le mot sans cesse).

La déchéance va donc en s'accroissant.

Décembre. Etat actuel : L'instabilité physique est de plus en plus marquée. Lorsqu'on parle à l'enfant il ne répond pas à la question qu'on lui pose, mais répète des mots sans suite ou des phrases stéréotypées avec une intonation chantante et un sourire niais accompagnés de mouvements de la tête. Si on ne le surveille pas il court de tous côtés, fouille partout, s'empare de tout ce qu'il trouve. Il est impossible d'appliquer son intelligence à quoi que ce soit.

En résumé l'enfant est dans un véritable état de démence accompagnée d'une agitation incessante à la fois en paroles et en actes.

Un aspect clinique analogue se retrouvait chez un autre enfant épileptique Dominique B...

Ce qui caractérise donc cette suractivité psychique, c'est qu'elle est déviée de son sens normal, qu'elle est irrationnelle. On peut aussi, chez les enfants dont les réactions sont pourtant très ralenties, trouver une persistance d'une activité psychique ainsi déviée de son but, tout au moins de façon passagère :

Marie Laur... épileptique en déchéance très avancée présente un certain degré d'égarement et est devenue à peu près incapable de tout travail scolaire. Lorsqu'on veut converser avec elle, il est impossible d'attirer son attention. Elle vous regarde à l'appel de son nom, mais elle détourne aussitôt la tête pour s'intéresser aux choses qui l'entourent : « Oh ! le joli tableau... Tiens, une

pendule... etc ». Elle va d'un objet à l'autre, manifestant une curiosité enfantine pour les choses les plus communes et qu'elle a déjà vues très souvent.

On ne peut obtenir d'elle une réponse quelconque.

Toute son activité psychique est ainsi absorbée par ailleurs et détournée sans raison appréciable de l'objet auquel on voudrait l'appliquer.

Démence apathique. — A côté de la forme précédente qu'on peut désigner sous le nom de démence agitée, où l'activité psychique est augmentée et déviée, tout en ne se manifestant que sous une forme très inférieure de l'intellectualité, et sans s'accompagner d'idées ou d'interprétations délirantes, il est des cas où cette activité se trouve très réduite, sans que la capacité intellectuelle ait subi une évolution parallèle.

Il s'agit alors d'une démence apathique. Le sujet, dont le niveau intellectuel est relativement conservé, est d'une paresse extraordinaire. Il reste sur son banc, ou accroupi dans un coin pendant des heures entières, indifférent à tout ce qui l'entoure. Lorsqu'il agit, ses mouvements sont d'une extrême lenteur. Il marche à petits pas, la tête baissée, les yeux perdus dans le vague.

Lorsqu'on lui parle, ses réponses sont longues à venir, lentes à émettre. Cependant, elles sont généralement précises, la mémoire est conservée. Les travaux scolaires sont d'une exécution pénible, mais témoignent d'un niveau intellectuel suffisant. Ce qui domine cet état spécial, c'est donc *l'apathie*, se manifestant à la fois dans le domaine physique et psychique, rendant le sujet insen-

sible et indifférent à tout ce qui l'entoure, sans affaiblissement parallèle de la capacité intellectuelle.

Voici un exemple de cette forme apathique de la démence

Jan. . . (Marie).

Entrée à la Fondation Vallée en 1905.

Normale dans son enfance. Allait à l'école où elle était docile, travailleuse et apprit vite à lire et à écrire. Considérée alors comme une enfant très intelligente.

Début de l'épilepsie à 12 ans par un accès qui se reproduisit 8 jours après, puis tous les jours. Elle avait en outre de nombreux vertiges.

En 1904 son caractère se modifia. Elle était jusque là très douce, puis traversa une période d'irritabilité avec colères fréquentes. Son intelligence se mit alors à baisser sensiblement. Elle comprenait difficilement. En même temps à l'agitation du début avait fait place l'apathie, l'indifférence, l'enfant était constamment endormie, on la retira de l'école à cause de ses accès et elle entra à la Fondation.

1906. L'enfant travaille très mal. L'écriture et l'orthographe sont très médiocres. Les devoirs de style sont mauvais. Le caractère est un peu susceptible, l'enfant s'ennuie beaucoup, ne se lie pas avec ses compagnes, ne prend pas part à leurs jeux. Elle est d'une lenteur extrême dans tout ce qu'elle fait, surtout en ce qui concerne les ouvrages manuels. Elle est d'ailleurs très paresseuse, reste des journées entières sans rien faire, sans dire un mot. Toujours somnolente, elle a souvent des crises de mutisme. Elle est en somme en déchéance manifeste.

Décembre : *Etat actuel*. Ce qui caractérise l'état de l'enfant, c'est la lenteur extrême de tous ses actes. Lorsqu'on lui parle, elle répond lentement et à condition que les ques-

tions posées ne comportent que des réponses simples. Il existe donc une paresse intellectuelle très prononcée, lentement de tous les mouvements. Démarche lente et majestueuse. Physionomie sans expression et comme figée.

Pupilles normales.

Réflexes exagérés. Ebauche de clonus.

Pas de tremblement à la langue.

En résumé, déchéance caractérisée par l'extrême lenteur de toutes les réactions, la paresse physique et intellectuelle, l'indifférence émotionnelle.

Démence aphasique. — Il est un symptôme que l'on rencontre parfois au cours de l'épilepsie et qui témoigne par lui-même d'une déchéance psychique assez marquée pour qu'on puisse la faire rentrer dans le cadre de la démence épileptique, c'est *l'aphasie*. Elle est d'ailleurs souvent accompagnée d'autres signes traduisant l'affaiblissement du sujet. Mais, ce qui donne à cette forme son individualité particulière, c'est que l'aphasie n'est pas accompagnée d'hémiplégie. Au reste, le mot aphasie est peut-être ici un terme impropre. Le sujet ne présente pas ces troubles du langage que l'on rencontre chez les gens atteints d'hémiplégie droite. Il a perdu l'usage de la parole. Les questions restent sans réponse. Ce mutisme peut se présenter sous diverses modalités. Nous n'envisagerons pas les cas où il accompagne l'accès et ne dure que quelques heures.

Il constitue là un phénomène de dépression consécutif au paroxysme et n'intéresse en aucune façon la démence épileptique. Il n'en va plus de même lorsqu'il s'établit d'une façon suffisamment durable pour revêtir

une physionomie clinique spéciale. Dans ce cas qui seul nous occupe, le mutisme peut être complet ou simplement partiel. L'enfant, après une série d'accès, ne recouvre plus l'usage de la parole. Il est revenu à la vie normale pour tout le reste, mange, marche, s'amuse, comprend ce qu'on lui dit, obéit même dans une certaine mesure, mais il ne parle pas. Toutes les tentatives faites pour provoquer une réponse de sa part, restent vaines. Cet état peut durer ainsi plusieurs mois, et persister alors même que les accès sont suspendus, que toute cause d'affaiblissement psychique est donc écartée, puis, un beau jour, l'enfant se remet à parler correctement.

D'autres fois il ne revient à son état normal qu'après une période de transition où son langage se limite à un certain nombre de mots. Il correspond alors au second type, où le mutisme, au lieu d'être complet, est simplement partiel d'emblée. En ce cas, l'enfant ne dispose que d'un très petit nombre de mots. Après la série d'accès qui a agi comme cause provocatrice il ne recouvre qu'imparfaitement l'usage de la parole, ne peut prononcer que les mots simples, ou qui étaient pour lui d'un usage courant : oui, non, papa, maman, etc. On ne peut en tirer rien de plus et il est incapable de faire une phrase complète.

Cette crise de mutisme, complet ou partiel, n'est généralement pas isolée. L'usage de la parole suspendu pendant 3 ou 4 mois peut reprendre pour une durée analogue, puis disparaître de la même manière un certain nombre de fois. Quelquefois, ces périodes de mutisme

sont beaucoup plus abrégées, et ne durent pas plus de 3 ou 4 jours.

Voici des exemples de cette forme spéciale.

Prou... (Roger) 4 ans.

Entré à l'asile-école de Bicêtre en mars 1906.

Est atteint depuis un an de crises d'épilepsie.

Jusqu'à cette époque l'enfant avait été tout à fait normal. Son intelligence était bien développée et il semblait plutôt avancé pour son âge, au dire de la mère. Il ne savait pas encore lire mais comptait jusqu'à 10, chantait de petites chansons. Il parlait correctement, comprenait tout ce qu'on disait, faisait ses réflexions et se rendait même utile dans une certaine mesure à la maison.

Il était d'un caractère facile, obéissant, affectueux. Début de l'épilepsie à 3 ans, 2^e crise 8 jours après. Puis augmentation rapide des crises avec fréquents états de mal. En ce moment l'intelligence de l'enfant a baissé et, chose particulière, les périodes d'accès sont suivies d'une perte de la parole absolue. En même temps il est complètement égaré.

Lorsque les crises s'espacent, la parole revient un peu, mais l'enfant ne peut prononcer que quelques mots souvent déformés. Lorsqu'il arrive à rassembler les mots en une phrase il ne peut s'exprimer qu'en plusieurs temps. Quand les accès reparaissent, la parole est de nouveau supprimée.

1906. Mars : L'enfant vient de traverser une période de crises. Il ne parle plus, et ne répond rien aux questions qui lui sont posées. En outre il présente une instabilité physique extraordinaire, saute d'un meuble à l'autre, se roule à terre, cherche à s'emparer de tous les objets qui sont à sa portée. Les parents se rendent bien compte de cet état démentiel : Il n'a plus sa raison, disent-ils. Effrayés de son mutisme ils avaient cru qu'il était devenu sourd.

Décembre : L'instabilité physique de l'enfant a beaucoup diminué. Mais il reste égaré et exige une surveillance constante pour éviter qu'il ne se sauve. La parole est toujours supprimée. Pourtant ses accès ont disparu depuis plusieurs mois.

De temps en temps il lui est arrivé de prononcer un ou deux mots, mais ce sont des faits isolés. On a beau interroger l'enfant, lui demander son nom, le presser de questions, il ne répond pas, semble ne pas comprendre. En dehors de cet état particulier sa santé générale est très bonne.

Donc chez cet enfant d'intelligence autrefois normale, l'épilepsie a eu pour conséquence la *suppression de la parole*. On peut la considérer comme absolue puisque les rémissions ne lui apportent pas la possibilité de s'exprimer. Cette aphasie permanente s'oppose à l'aphasie temporaire qui accompagne les périodes d'accès comme dans le cas suivant :

Laur (Marie), 11 ans.

Entrée à la Fondation Vallée le 12 janvier 1904.

Début de l'épilepsie, à l'âge de 7 ans.

Jusque là, allait à l'école et travaillait bien, lisait, écrivait, était même avancée.

Depuis son épilepsie perte de la parole après les accès, ne répond plus que par oui et non. Perte de la mémoire.

1904. *Juillet* : L'enfant à son entrée était dans une période de mutisme. Au bout d'un mois elle s'est remise à parler tandis qu'elle ne répondait avant que par signes. Assez bon caractère. Très joueuse.

1905. *Mai* : Déchéance. L'enfant est égarée, ne parle plus après ses accès et ne recouvre l'usage de la parole qu'au bout de 4 ou 5 jours.

Ne retrouve pas sa place au dortoir ou au réfectoire. Ne reconnaît pas son monde. A cependant un peu réappris à lire et à écrire.

1906 *Janvier* : Etat stationnaire.

Décembre : La déchéance s'accroît. L'enfant est devenue d'une extrême lenteur dans tout ce qu'elle fait. Ne travaille plus. Ne peut s'habiller sans l'aide de quelqu'un. Mémoire perdue. Perte de la parole après les accès. Pendant les rémissions il est impossible de tenir avec elle une conversation. Elle ne prononce que des phrases sans rapport avec le sujet.

Cette enfant a donc eu à son entrée une période aphasique d'un mois de durée. Depuis, les séries d'accès sont suivies d'une perte de la parole d'une durée moindre qui n'excède pas 4 ou 5 jours. Même dans les périodes de rémission l'enfant ne parle jamais avec la même facilité que les épileptiques de son âge.

Ces deux observations montrent donc les différents degrés de cette forme clinique assez particulière et peu fréquente.

Démence paralytique et spasmodique. L'épilepsie, surtout lorsqu'elle détermine des paroxysmes intenses et répétés avec affaiblissement consécutif très marqué, peut s'accompagner de véritables paralysies, sous forme d'hémiplégie, de paraplégie ou de simple monoplégie. Elles sont en général transitoires et au bout de quelques jours la *restitutio ad integrum* s'accomplit.

M. J. VOISIN a publié avec LEGROS puis R. VOISIN et LAIGNEL-LAVASTINE des cas d'hémiplégie transitoire coïn-

cidant avec la démence épileptique et suivis à plus ou moins brève échéance de *phénomènes spasmodiques* et de *contractures*. La marche de cette démence paralytique et spasmodique serait progressive et fatale, la mort survenant dans le marasme et les contractures 8 ou 10 ans après le début de l'affection.

Les cas doivent être d'un diagnostic difficile si l'on ignore les antécédents du malade et on peut risquer de mettre les phénomènes paralytiques associés à la démence sur le compte d'une lésion congénitale du cerveau comme dans les cas que nous allons maintenant analyser.

Démence compliquée. — Nous n'avons envisagé jusqu'ici que la démence survenant au cours de l'épilepsie simple.

Mais, lorsque l'épilepsie, au lieu d'apparaître à l'état de névrose isolée, survient comme complication d'une idiotie préexistante, elle peut surajouter ses symptômes de déchéance à l'affaiblissement physique et intellectuel du sujet. Il en résulte une complexité clinique assez grande pour qu'il soit très difficile de démêler la part respective qui revient au facteur idiotie et au facteur épilepsie dans la genèse des modifications produites.

Il est clair que s'il s'agit d'une idiotie complète, la symptomatologie ne pourra guère en être enrichie par l'apparition de l'épilepsie. L'enfant ne pourra pas être amoindri davantage et il ne pourra y avoir à proprement parler déchéance, quelle que soit la fréquence et l'intensité des paroxysmes.

Mais on rencontre souvent en clinique des cas d'idiotie plus ou moins profonde, où le sujet peut marcher, n'est pas gâteux, ne présente aucune paralysie, prononce quelques mots et est même capable, sinon de subvenir entièrement à ses besoins journaliers, du moins d'y aider, d'y contribuer dans une certaine mesure. Que l'épilepsie, « la bête noire des idiots » (BOURNEVILLE), survienne quelques années après l'apparition de l'idiotie et elle pourra influencer défavorablement l'état mental du sujet, retentir d'une façon fâcheuse sur son physique. L'enfant perdra complètement l'usage de la parole, cessera de marcher, deviendra gâteux, toutes choses qui ont une importance pratique énorme. Le confinement au lit qui en sera la conséquence précipitera l'évolution de la maladie et la déchéance provoquée par l'épilepsie est donc manifestement un facteur d'aggravation. M. BOURNEVILLE résume ces cas de la façon suivante : *Idiotie, épilepsie, démence*.

En voici un exemple :

Imb.... Entre à la Fondation en 1899 avec le diagnostic : idiotie, gâtisme, parole nulle.

En effet l'enfant ne prononce à ce moment que quelques mots. Elle sait s'habiller et se déshabiller, marche seule mais doucement. Enfin elle est gâteuse, bon caractère. A partir de 1895, l'enfant qui a une attitude penchée a de la peine à marcher et tombe souvent.

1900. Apparition de l'épilepsie, sans cause appréciable, dès ce moment la déchéance marche à grand pas. Le gâtisme s'accroît. L'enfant devient incapable de manger seule, présente du mérycisme, se livre à l'onanisme.

1904. La marche qui est devenue de plus en plus difficile est maintenant impossible. L'enfant est paraplégique. Le caractère qui était bon, s'est modifié. L'enfant est irritable et entre dans de violentes colères.

1905. L'enfant confinée au lit s'affaiblit progressivement et s'amaigrit.

1906. Santé de plus en plus précaire. L'enfant est toujours couchée car elle ne peut plus ni marcher, ni se tenir debout, seule. Impotence complète. Perte de l'appétit, amaigrissement Tuberculose pulmonaire. Cachexie.

Chez cette enfant qui était atteinte d'idiotie incomplète, l'apparition de l'épilepsie a donc considérablement aggravé la situation, provoquant une déchéance rapide et amenant le confinement au lit.

Dans les formes plus légères où le terme trop gros d'idiotie doit être remplacé par celui d'*imbécillité* ou d'*arriération intellectuelle*, le rôle déprimant pourra être plus facile à dégager, et on parviendra à dissocier dans le complexe symptomatique la part qui revient à la faiblesse intellectuelle préexistante et à la déficience surajoutée par l'épilepsie.

Tandis que chez l'idiot où les manifestations intellectuelles étaient réduites au minimum, la démence épileptique ne pouvait apporter en plus, que ses gros symptômes de déchéance organique : gâtisme, suppression de la marche et de la parole, chez l'imbécile ou le simple arriéré, on peut voir se greffer sur le fonds d'insuffisance intellectuelle les signes que nous avons décrits comme propres à la démence épileptique.

C'est une symptomatologie à double face ; l'imbécile transparaît sous les stigmates de la déchéance épileptique. L'analyse permet dans une certaine mesure de reconnaître la part qui revient à chaque facteur jusqu'au moment où l'affaiblissement est assez marqué pour les confondre dans la même ruine intellectuelle.

Démence avec délire. — Il est rare que, chez l'enfant, la véritable démence épileptique se complique de délire. Cependant dans certains cas, on peut voir se développer des idées délirantes de persécution ou de véritables hallucinations. En voici des exemples :

Dess.... (Alphonsine).

Epilepsie, en déchéance.

En 1904 les accès sont suivis de périodes d'agitation. Elle marche sans cesse comme une automate. Dérailonne, a la nuit des hallucinations de l'ouïe : « Je ne sais ce que j'ai, dit-elle, mais j'entends mon ange gardien qui me dit que je suis guérie et me conseille de continuer à bien faire ma prière ». Elle a aussi des hallucinations de la vue, voit Dieu, la Sainte Vierge et surtout son ange gardien.

En même temps idées de persécution. Elle s'imagine que ses compagnes lui veulent du mal, cherchent à lui voler des affaires.

1905. L'enfant parle sans cesse de son ange gardien.

« Il ne fait que me rabâcher que je suis guérie » .

Cast ... (Marguerite).

Entrée à la Fondation Vallée le 8 juin 1899 âgée de 14 ans.

Début de l'épilepsie à 6 ans 1/2.

Idées de persécution. On se réjouit de sa maladie.

Hallucinations. Visions terrifiantes voit un homme qui veut la tuer. Tentative de suicide. Voit le ciel, les anges, toute la hiérarchie céleste.

Vim... Dup..., 21 ans.

Début de l'épilepsie à 6 ans.

Délire mystique avec hallucinations. Voit les anges, entre en conversation avec eux. Menace son entourage des foudres célestes s'ils ne se convertissent pas.

On voit que les *hallucinations* de la vue et de l'ouïe, ainsi que des *idées délirantes* surtout à type de persécution peuvent se rencontrer au cours de l'épilepsie simple, surtout au moment où la déchéance intellectuelle se produit et donnent une physionomie assez spéciale à cette forme de démence accompagnée de délire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la démence épileptique constitue chez l'enfant et même chez l'adolescent un problème clinique des plus simples à résoudre. Autant, chez l'adulte et le vieillard les lésions dégénératives qui peuvent entraîner la démence sont multiples, qu'elles relèvent d'une intoxication chronique par l'alcool, le plomb, la syphilis ; soit liées à une encéphalopathie en foyer : hémorragie, ramollissement, tumeur, ou diffuse : méningo-encéphalite diffuse, à moins qu'elles ne soient le terme ultime d'une psychose passée à l'état chronique, chez l'enfant, les facteurs qui peuvent entraîner la démence sont extrêmement limités, et l'épilepsie est certainement un des plus communs.

En outre, ce que nous avons dit de son évolution, nous montre qu'elle ne s'établira qu'à la suite d'une longue histoire clinique au cours de laquelle se sera effectuée la dissolution progressive des facultés intellectuelles et des aptitudes physiques du sujet. Cette notion de déchéance chronique et acquise viendra donc éclairer un diagnostic auquel la constatation des accès ou des vertiges apportera comme complément la signature de l'affection.

Le diagnostic s'impose donc le plus souvent pour peu que l'on soit en possession des antécédents du malade.

Mais il est des cas où ces antécédents peuvent faire défaut, où l'on est simplement en présence du fait actuel chez un malade parfois en rémission ou en suspension d'accès et où il est nécessaire de trouver dans l'analyse des symptômes qu'il présente les éléments de diagnostic permettant de distinguer la démence épileptique des affections qui peuvent la simuler.

1° EST-CE-UNE DÉMENCE

La première question qui se pose, avant de rechercher la cause du syndrome mental observé, est d'en préciser la nature. Reconnaître la démence est donc la première partie du problème que le clinicien doit résoudre.

Idiotie. — Nous avons vu à quel laborieux travail de différenciation s'étaient livrés les auteurs de la première moitié du siècle dernier, et comment les signes qui caractérisent la démence avaient été longs à mettre en relief. L'idiotie avec laquelle elle était autrefois communément confondue est précisément une affection de l'enfance par excellence c'est donc surtout à elle qu'on peut penser en présence d'un jeune épileptique en déchéance ou en démence confirmée :

Tantôt il s'agit d'un enfant issu de parents alcooliques, venu au monde après une grossesse accidentée ou à la suite d'un accouchement laborieux.

De bonne heure, ses parents se sont aperçus qu'il n'était pas comme les autres enfants, avait de la peine à téter, restait inerte, sans qu'on puisse attirer son attention, d'autres fois poussait des cris perçants et inarticulés. Il fut d'abord considéré comme un peu arriéré, mais il ne put apprendre ni à parler, ni à marcher, et, lorsque ses parents, laissant tout amour-propre de côté se décident à le montrer au médecin, on se trouve en présence de *l'idiot complet*, au facies caractéristique, ne parlant ni ne marchant, complètement gâteux ; incapable de se nourrir seul ou de s'aider en quoi que ce soit.

Dans d'autres cas, cette réduction à la vie purement végétative est un peu moins marquée. C'est un enfant dont le développement s'est effectué normalement jusque vers 18 mois ou 2 ans, parfois plus tard, et qui est pris brusquement de convulsions qui peuvent se reproduire plusieurs fois pendant quelques semaines ou quelques mois. Tout est rentré dans l'ordre, mais on s'aperçoit ensuite que le développement psychique et physique de l'enfant semble arrêté.

Son langage reste enfantin, borné simplement à quelques mots, son attention est nulle, il ne peut apprendre à lire ou à écrire, ses sentiments affectifs ne progressent pas, il reste inerte, marche difficilement.

D'autres fois, au contraire, il devient turbulent, ne reste pas une minute en place ne connaît pas le danger, cède à des impulsions mauvaises. On est en présence de l'idiot du second degré, qui n'est plus l'idiot complet puisqu'il marche et parle un peu, n'est pas gâteux et

commence à entrer en relations avec le monde extérieur.

C'est l'*idiot profond*, à un degré plus ou moins prononcé.

Il y a loin, on le voit, de ces deux types, à notre dément épileptique, chez lequel le développement a été normal jusqu'à l'apparition de la névrose, qui n'a subi la diminution qui caractérise cet état, que peu à peu, tantôt progressivement, tantôt avec des rémissions au cours desquelles il récupérait un peu de ses facultés premières. L'idiotie au contraire est immuable. Si elle est congénitable, jamais elle ne pourra rétrocéder, spontanément du moins. En tous cas, l'enfant ne pourra, par ses propres moyens, acquérir plus d'intelligence qu'il n'en a. C'est ici le cas de rappeler l'aphorisme d'Esquirol : « Le dément est un riche devenu pauvre, l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère ».

Ainsi, lorsque l'épileptique sera devenu incapable de marcher et de parler, qu'il sera gâteux, la notion d'évolution antérieure de la maladie, en montrant comment ces symptômes se sont installés peu à peu, et ne constituent pas des tares acquises, permettra d'élucider le diagnostic entre la démence épileptique de l'enfant et l'idiotie complète. Si cependant les antécédents faisaient défaut, il faudrait rechercher les stigmates de dégénérescence, si fréquents chez les idiots :

Malformations du crâne ; microcéphalie, plagiocéphalie, scaphocéphalie, trigonocéphalie ;

Malformations de l'oreille ou de la voûte palatine,

Malformations de la main : main idiote (courte et trapue, aux doigts boudinés, au pouce non opposable),

ectromélie, polydactylie, syndactylie ; malformations des organes génitaux.

Ces stigmates se rencontrent à un degré bien moindre chez les épileptiques, qui présentent surtout de l'asymétrie cranio-faciale. Ils constituent donc de bons éléments de différenciation. En outre, l'aspect du dément épileptique diffère un peu de celui de l'idiot complet : il est plus affaissé, plus inerte, privé des réactions les plus simples ; son état général est précaire et l'amaigrissement témoigne d'une déchéance à début déjà éloigné.

L'idiot est souvent mieux conservé, son inertie est moindre, il est fréquemment agité de tics incessants, se balance sur sa chaise d'avant en arrière, poussant des cris inarticulés.

Pour peu qu'on ait un peu d'expérience clinique, on reconnaîtra donc aisément la dépression liée à l'épilepsie et l'idiotie subordonnée à un défaut de développement des facultés.

S'il s'agit d'une **idiotie incomplète**, due à des poussées de méningo-encéphalite chez un sujet dont le développement intellectuel et physique avait été déjà ébauché, le diagnostic peut devenir beaucoup plus difficile.

D'une part, en effet, l'enfant n'est plus réduit à une vie purement végétative, peut marcher, dire quelques mots, témoigner d'une certaine activité, si bornée soit-elle : d'autre part il a pu sous l'influence de sa maladie perdre une partie des notions qu'il avait commencé d'acquérir. Il y a donc, en même temps qu'un arrêt de développement, des signes de régression, une véritable démence surajoutée à l'idiotie.

L'histoire clinique antérieure, et surtout l'absence des accès, permettront de rapporter cette démence de l'idiot à sa véritable cause, aux poussées de méningo-encéphalite.

Lorsque la notion des accès fera défaut, le diagnostic sera rendu très difficile. Il faudra se baser sur les stigmates de dégénérescence, la présence des tics, la perversion des instincts, beaucoup plus rares chez les enfants épileptiques, la nature des déterminations instinctives se traduisant par des explosions de joie ou de douleur bruyantes, l'agitation, la turbulence qui s'opposent à la lenteur de réaction des épileptiques déments, à leur caractère renfermé, défiant, soupçonneux, à leur méchanceté consciente et conservée à un degré avancé de la déchéance.

Cette analyse ne pourra être le résultat d'un seul examen, mais on arrivera vite à réunir un faisceau de probabilités en faveur de l'épilepsie contre l'idiotie, jusqu'au moment où l'apparition de l'accès ou du vertige viendra donner la clef du diagnostic jusque-là en suspens.

Enfin, il est des cas plus complexes où l'idiotie vient, soit primitivement, soit au bout d'un certain nombre d'années, se compliquer d'épilepsie. Les deux affections mélangent leur symptomatologie et il est à peu près impossible de préciser la part qui revient à chaque facteur dans l'anéantissement des facultés physiques et psychiques du sujet. Tel idiot complet peut, du jour où apparaît l'épilepsie baisser d'une façon sensible, perdre l'usage de la parole, cesser de marcher, devenir gâteux. Il est légitime d'attribuer cette aggravation à la démence

épileptique, mais la possibilité de nouvelles poussées de méningo-encéphalite permet d'interpréter différemment l'apparition de la déchéance. Quoiqu'il en soit, dans les cas d'idiotie compliquée d'épilepsie, le diagnostic de démence ne se pose que d'une façon accessoire.

Il n'a d'intérêt qu'au point de vue du pronostic puisqu'il permet de prévoir une dégradation encore plus marquée du sujet et peut-être une issue fatale à brève échéance.

Nous n'avons passé en revue, jusqu'ici que les cas d'idiotie sans paralysie. Très souvent, l'idiotie s'accompagne d'hémiplégie ou de paraplégie apparues soit primitivement, soit consécutivement à des poussées de méningo-encéphalite. On conçoit que la forme paraplégique de l'idiotie puisse être difficile à distinguer de la démence épileptique paralytique et spasmodique décrite par Voisin. Même impotence fonctionnelle, même contracture, mêmes phénomènes spasmodiques. La notion des accès n'est plus ici d'un très grand secours car ces formes d'idiotie avec paralysie s'accompagnent le plus souvent d'épilepsie. Si l'on ne possède pas l'histoire antérieure de la maladie, montrant une longue phase d'épilepsie compensée avant d'en arriver à la démence paralytique, il faudra analyser avec soin les symptômes actuels et, pour pouvoir formuler un diagnostic, rechercher les stigmates d'idiotie dans un cas, les stigmates démentiels dans l'autre.

Tels sont, parmi les multiples aspects que peut revêtir l'idiotie, ceux où ils risquent le plus d'être confondus avec la démence épileptique. Les éléments de cette dif-

férenciation sont donc en première ligne, la *notion de l'accès* ou du vertige, puis celle de *l'évolution antérieure*, toujours progressive, mais parfois à type rémittent, enfin les nombreux signes qui caractérisent l'état démentiel dans l'épilepsie et sur lesquels nous avons suffisamment insisté pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Mais nous avons vu qu'il est des cas complexes où l'idiotie et l'épilepsie peuvent mêler dans une certaine mesure leur symptomatologie et où le diagnostic exact ne peut résulter que d'une analyse clinique très serrée.

Imbécillité. — A côté de l'idiotie, il est une autre infirmité d'évolution [qui n'est qu'une forme atténuée de l'idiotie et mérite d'être séparée de la démence : c'est *l'imbécillité*. Elle se présente à des degrés divers qu'on peut ramener à deux types : *imbécillité proprement dite* et simple *arriération intellectuelle* ou débilité mentale. Nous pouvons, pour ne pas multiplier à l'excès les descriptions, résumer en même temps les caractères de ces deux formes et les opposer à ceux de la démence.

Le propre de l'imbécillité est de constituer un état stable, au contraire de la démence qui témoigne d'une évolution régressive de l'individu. Bien plus, l'imbécile est capable de s'améliorer. Ses facultés seront évidemment toujours bornées, mais il est susceptible d'acquisitions et de progrès. Son intelligence est peu développée, ses facultés affectives sont atténuées, son activité spontanée très limitée. Son jugement, son langage même ont un caractère enfantin.

Il est parfois vaniteux ou vantard, d'autres fois il est

d'une instabilité telle qu'il est à peu près impossible de l'éduquer. L'instruction qu'on peut lui donner est rudimentaire et il ne peut guère être utilisé que pour les travaux manuels.

L'arriération intellectuelle ou la débilité mentale laissent découvrir les mêmes tares dans une note plus basse. On sent, en tous cas, qu'il s'agit là d'un défaut de développement des facultés intellectuelles et non d'une diminution comme dans l'épilepsie, ou le défaut d'attention, l'affaiblissement de la mémoire, la paresse intellectuelle et physique semblent le fait d'un engourdissement, d'un anéantissement général.

L'imbécile raisonne, mais raisonne comme un enfant et sous une forme inattendue et saugrenue.

Le dément épileptique n'a pas la force de raisonner, l'enchaînement des idées avorte. C'est une intelligence obscurcie qui n'est plus adaptée aux besoins du moment. L'intelligence de l'imbécile n'est pas adaptée à l'âge du sujet.

Ainsi, la notion d'évolution transparaît dans les manifestations intellectuelles de l'épileptique et différencie sa démence de l'imbécillité.

L'idiotie et l'imbécillité sont donc, chez l'enfant, les deux affections qui peuvent le mieux simuler la démence.

Vésanies. — Les vésanies sont rares à cet âge, et il y a donc peu de maladies mentales qui peuvent prêter à confusion.

Cependant, la **stupeur avec mutisme** a été observée à la suite d'infections aiguës, telles que la fièvre typhoïde.

Elle pourrait être confondue avec la forme apathique ou la forme aphasique de la démence épileptique.

Mais l'inertie est plus complète que dans la démence.

Le malade est figé, ne fait ni un geste, ni un mouvement, subit d'une façon passive tous les déplacements qu'on fait exécuter à ses membres.

On a pu rencontrer aussi des cas de **mélancolie avec stupeur**, où la physionomie exprime une concentration douloureuse, où le malade reste insensible à toutes les excitations extérieures. Dans la forme apathique ou dans la forme avec mutisme de la démence épileptique, l'enfant est simplement en état de vie ralentie, mais il exécute, bien que plus lentement, les actes indispensables de la vie journalière. Le facies est indifférent ou hébété, mais n'offre pas cette insensibilité de la stupeur ou cette concentration pénible de la mélancolie. En outre de ces symptômes actuels, l'histoire de la maladie; son début brusque sépareront ces deux affections de ce stade d'évolution régressive et préparée de longue main qu'est la démence.

La mélancolie n'est pas la seule vésanie que l'on puisse rencontrer chez l'enfant. On y observe des cas de **manie aiguë** avec délire, loquacité, agitation incessante, incohérence et surexcitation qui présentent, on le voit, une certaine analogie avec la forme agitée de la démence épileptique. Mais, l'agitation de la démence est rarement aussi prononcée : l'enfant présente une loquacité étonnante, mais son vocabulaire est très pauvre d'expressions et d'images.

Il se borne à répéter la même phrase ou le même

mot, tandis que, chez le maniaque, les idées se pressent les unes sur les autres, les représentations mentales s'associent avec une rapidité étonnante, un mot en évoque un autre, des conceptions délirantes, des hallucinations viennent compléter le trouble mental. Il n'en est pas ainsi de la démence agitée où la suractivité intellectuelle très réelle avorte cependant et reste dans une note très pauvre qui trahit le fonds démentiel de l'individu.

Ces diverses causes d'erreur : idiotie, imbecillité, stupéur mélancolique ou délire maniaque étant éliminées, nous restons en possession d'une partie du diagnostic. *Il s'agit d'une démence.* Le champ des investigations se trouve donc réduit, et il nous faut maintenant rechercher quelles affections peuvent, par les dégénérescences qu'elles entraînent, simuler la démence de l'épilepsie.

2. QUELLE VARIÉTÉ DE DÉMENCE ?

Nous avons dit combien la classification des démences avait été longue à édifier, et qu'elle est encore loin d'être définitivement fixée.

Une des classifications, la plus rationnelle... qui fait intervenir à la fois le facteur étiologique et le substratum anatomique, les divise en : démences toxiques, démences organiques, démences psycho-névrosiques et névrosiques. C'est cette division que nous suivrons pour mettre un peu d'ordre dans cette revue qu'il nous faut faire des divers états démentiels.

DÉMENCES TOXIQUES. — La seule intoxication chronique qu'on ait des chances de rencontrer chez l'enfant est l'intoxication alcoolique. Elle est moins rare qu'on ne pourrait le croire et se rencontre de préférence chez l'adolescent, que la fréquentation des ateliers expose aux pires tentations.

Lorsqu'elle retentit sur le système nerveux, elle provoque du tremblement de la langue et des mains, de l'embarras de la parole, de la faiblesse musculaire, de l'incertitude de la marche, des troubles divers de la sensibilité périphérique qui traduisent la polynévrite alcoolique. En même temps le caractère change, l'enfant devient distrait, incapable d'effort intellectuel et d'attention. Cette déchéance rappelle, on le voit, celle de l'épilepsie, d'autant qu'on peut la voir s'accompagner de convulsions épileptiformes. Mais elle s'accompagne, tantôt de manifestations délirantes, d'hallucinations, de cauchemars, tantôt de dépression mélancolique. Il existe toujours des troubles dyspeptiques comme chez l'adulte, qui expliquent l'amaigrissement, la cachexie progressive.

Ces dernières particularités, surajoutées aux signes qui traduisent la déchéance intellectuelle et physique, peuvent suffire à différencier la démence alcoolique de la démence épileptique. La suppression de l'alcool fera disparaître rapidement ces divers symptômes et complètera le diagnostic.

DÉMENCES ORGANIQUES. — Les démences organiques, liées non plus à une imprégnation toxique et temporaire, mais à une lésion durable, peuvent se laisser subdiviser

en deux groupes suivant que la lésion est localisée, *en foyer*, ou qu'elle est au contraire *diffuse*.

Tumeurs cérébrales. — Parmi les lésions en foyer, l'hémorragie cérébrale est beaucoup trop rare pour que nous ayons cliniquement à compter avec elle.

Mais on peut rencontrer des tumeurs cérébrales qui, par les phénomènes de compression qu'elles engendrent, amènent une diminution progressive des facultés psychiques.

Les plus fréquentes de ces tumeurs sont les **tubercules** qui constituent à peu près le tiers des tumeurs cérébrales de l'enfance. Il faut placer ensuite, mais très loin derrière et sur le même plan, les **gliomes**, les **sarcomes** et les **kystes**. Quant aux **gommès** elles sont à cet âge une véritable exception.

Les *tubercules cérébraux* sont souvent extrêmement bien tolérés, mais ils arrivent cependant à déterminer à la longue un certain nombre de troubles psychiques.

La mémoire et l'attention se perdent ; la gaieté et l'enjouement font place à l'hébétude ; les sentiments affectifs disparaissent et le malade reste prostré dans une indifférence complète. C'est à peine s'il répond aux questions qu'on lui pose. Si on vient à le tirer un instant de sa torpeur, il y retombe aussitôt.

Le regard est atone, la physionomie sans expression.

Cet ensemble de symptômes rappelle on le voit d'assez près la démence épileptique, d'autant que ces tumeurs peuvent être accompagnées de convulsions épileptiformes.

Mais à côté de cet état démentiel qui pourrait prêter à confusion, elles présentent le cortège de symptômes propres aux tumeurs cérébrales : céphalée, vertiges, vomissements auxquels se joignent les signes particuliers en rapport avec leur localisation.

Paralyse générale. — Plus peut-être que les lésions en foyer, la *méningo-encéphalite diffuse* constitue, sous sa forme de paralyse générale, la plus grande pourvoyeuse des démences de l'adulte.

Il est maintenant reconnu que la paralyse générale peut se rencontrer beaucoup plus tôt.

Charcot en avait d'abord individualisé la **forme juvénile** survenant pendant l'adolescence ; les modernes y ont adjoint une **forme infantile** à début encore plus précoce. Rien ne différencie ces deux formes au point de vue étiologique et anatomo-pathologique.

Quant à leur symptomatologie, elle est suffisamment comparable pour qu'il soit inutile d'en faire une double description.

Plus encore que chez l'adulte, c'est l'état démentiel qui domine la scène. Le début est généralement marqué par des modifications du caractère et de l'intelligence. L'enfant devient sombre, taciturne, ses sentiments affectifs diminuent. L'attention et la mémoire s'effacent peu à peu. Les notions d'instruction qu'il possédait se perdent progressivement. Au reste, il cesse de s'intéresser à son travail, devient lent, paresseux, son activité physique s'affaiblit. Les jeux de son âge n'ont plus d'at-

trait pour lui. La déchéance s'accuse ainsi de plus en plus et le malade verse vers la démence.

Les facultés intellectuelles sont graduellement abolies. L'égarément s'accroît de plus en plus. Bientôt la parole devient impossible, des troubles moteurs l'immobilisent. C'est bientôt, avec le gâtisme, le confinement au lit et la marche vers la cachexie terminale.

Cette évolution, on le voit, se rapproche beaucoup de celle de la démence épileptique, d'autant qu'elle peut s'accompagner d'ictus congestifs avec crises épileptiformes. En outre, la démence paralytique de l'enfant n'est qu'exceptionnellement émaillée des troubles délirants, des hallucinations, des idées de grandeur et de persécution de l'adulte. L'état dementiel est donc au point de vue mental le fait dominant et la ressemblance avec la démence épileptique n'en est que plus frappante.

Le *diagnostic* sera donc basé sur l'évolution antérieure de la maladie, montrant dans le cas qui nous occupe une phase d'épilepsie compensée, tandis que, dans la paralysie générale, si un ictus épileptiforme a ouvert la scène, les troubles dementiels arrivent rapidement.

Les troubles moteurs ne seront qu'un bien minime élément de différenciation, puisque nous avons vu que l'incertitude de la marche, l'exagération des réflexes, le tremblement de la langue et des mains, les troubles de la parole et de l'écriture se rencontrent, bien que moins accentués peut-être, dans la démence épileptique. Ceci n'a rien qui doive surprendre car il est vraisemblable que la démence épileptique, parvenue à ce degré, constitue moins un simple trouble fonctionnel qu'une démence dé-

généralité dont les lésions doivent présenter une certaine analogie avec celles de la paralysie générale. On pourra cependant constater dans la *démence épileptique*, pour ce qui concerne ces divers troubles, des rémissions qui ne sont pas habituelles dans la *démence paralytique* de l'enfant.

Les troubles oculaires constitueront un bon appoint pour le diagnostic. Si l'inégalité pupillaire, la mydriase se rencontrent dans les deux affections, par contre, le signe d'Argyll-Robertson est propre à la paralysie générale. Enfin, la ponction lombaire complètera cette différenciation en montrant dans la méningo-encéphalite diffuse une lymphocytose rachidienne.

DÉMENCES NÉVROSQUES. — Les névroses autres que l'épilepsie sont relativement rares dans l'enfance.

L'hystérie s'y rencontre cependant, et, si son existence a été longtemps discutée à cet âge, elle ne peut plus être mise en doute actuellement.

En tous cas, elle ne paraît pas avoir la même importance pronostique que chez l'adulte. Tandis que chez ce dernier, on peut voir se manifester, dans quelques cas, une stupeur hallucinatoire aiguë, suivie de déchéance rapide et continue aboutissant à une stupidité chronique, chez l'enfant cette évolution ne paraît pas avoir été observée. L'hystérie s'y présente sous un aspect clinique analogue à celui de l'adulte mais elle est plus facilement curable.

L'hystérie de l'enfant « ne tient pas » en général et

on n'a donc pas à redouter l'évolution vers la démence qui est tout à fait exceptionnelle.

CHORÉE. — La chorée de Sydenham peut s'accompagner d'un état mental assez particulier auquel Marcé a consacré un travail. C'est ainsi qu'on observe de la diminution de l'attention et de la mémoire, de la mobilité des idées, de l'hébétude, de la torpeur. Le caractère se modifie parallèlement ; le sujet devient impressionnable, irascible et parfois violent.

Mais, la chorée a, pour la différencier de la déchéance épileptique, ses troubles physiques ; en outre, l'affaiblissement intellectuel est souvent accompagné d'hallucinations, d'idées délirantes à caractère assez aigu pour revêtir parfois le type de ce qu'on a appelé la « folie choréique ». L'état mental dans la chorée de Sydenham est donc assez spécial pour ne pouvoir être confondu avec la démence épileptique.

La véritable démence choréique, résultant d'un affaiblissement progressif de l'intelligence, s'observe dans la chorée chronique de Huntington. Mais, cette affection, distincte de la chorée de Sydenham, ne débute que dans l'âge adulte. Elle sort donc du cadre de notre description et nous n'avons pas à la différencier de la démence épileptique de l'enfant et de l'adolescent, qui, seule, nous intéresse.

PSYCHOSES — La dernière catégorie d'affections susceptibles d'évoluer vers la démence, est constituée par la classe des psychoses. Elles sont très rares chez l'enfant

à l'exception d'une seule qui lui est propre : la démence précoce.

Manie et Mélancolie. — On peut, avons-nous dit, observer cependant la manie ou la mélancolie ; mais elles revêtent alors une allure aiguë et sont régulièrement curables. Si l'évolution vers la chronicité est possible c'est à la suite des rechutes et à un âge assez éloigné du début de l'affection pour ne plus nous intéresser aussi directement.

Démence précoce. — La psychose propre à l'enfance, ou mieux à l'adolescence, est sans contredit la démence précoce.

Nous la considérons sous la forme limitée qu'on lui assigne actuellement, comme un affaiblissement primaire et acquis des facultés intellectuelles, débutant vers l'âge de la puberté et évoluant plus ou moins rapidement vers la démence, soit simplement, soit à travers les phénomènes aigus qui consistent en états de stupeur ou d'agitation, ou en délires plus ou moins mal systématisés.

Nous n'entrerons pas dans les discussions auxquelles elle a donné lieu, et, restant sur le terrain purement clinique, nous n'envisagerons en elle que les symptômes d'affaiblissement à tendance démentielle, qui risqueraient d'être confondus avec ceux que provoque l'épilepsie.

Ces signes de diminution psychique marquent généralement le début de la maladie. On voit se produire, sans cause occasionnelle appréciable, un engourdissement des facultés intellectuelles caractérisé par une incapacité re-

lative de travailler, de suivre un raisonnement, de fixer l'attention.

En même temps, le caractère se modifie. L'enfant devient apathique, témoigne une indifférence émotionnelle absolue. Il est donc atteint dans son intelligence, dans sa sensibilité, dans son activité volontaire.

Ainsi, en dehors des cas où un accès aigu de confusion mentale, évoluant ensuite vers la démence, ouvre la scène, c'est le plus souvent par une déchéance progressive que se marque le début de la maladie.

Puis, à la période d'état, des conceptions délirantes, absurdes, polymorphes, sans tendance à la systématisation, viennent se greffer sur ce fonds démentiel et caractériseront la *forme hébéphrénique*, la plus fréquente chez l'enfant.

Dans d'autres cas, un état de stupeur entrecoupé de crises d'agitation, accompagné de négativisme, de suggestibilité, d'attitudes stéréotypées, réalisera la *forme catatonique*.

Enfin, les conceptions délirantes, au lieu d'être mobiles, polymorphes, comme dans la forme hébéphrénique pourront prendre le type d'un délire systématisé. Ce sera la *forme paranoïde*.

Mais, sous quelque forme qu'elle se présente, l'affection évolue progressivement vers la démence.

Peu à peu la désagrégation mentale s'accomplit, régulièrement et sûrement, sous les idées délirantes qui ne la masquent que pour un temps et finissent par se fragmenter, laissant apparaître alors l'état démentiel. Il se caractérise par la lenteur des processus psychiques,

la disparition de la mémoire, l'affaiblissement de la synthèse mentale, qui a pour conséquence le morcellement et la disparition du délire auquel succède l'anéantissement intellectuel.

Le malade est un déchu, complètement désorienté et gâteux, conservant cependant certaines manies ou certaines stéréotypies. Il réalise tantôt le tableau de la démence apathique, tantôt celui de la démence maniaque.

On voit que, soit au début, les signes de déchéance soit à la période terminale, l'état démentiel peut en imposer au point de vue du diagnostic.

Mais, en dehors de la notion des accès qui caractérise immédiatement la démence épileptique, l'évolution de la démence précoce est assez particulière pour empêcher la confusion. Sans doute, on peut assister à une évolution progressive, sans épisodes critiques, comme dans certains cas de catatonie. Mais dans les deux autres formes, après l'invasion progressive, on voit survenir un accès de confusion aiguë aboutissant à la démence définitive, ou de nombreux épisodes aigus avec marche progressive et lente vers la démence.

L'histoire de la maladie éclaire le diagnostic.

En son absence et en face de l'état démentiel définitif, la persistance des stéréotypies, même à cet état avancé, sera la signature de la démence précoce.

Telles sont les principales affections qui peuvent, chez l'enfant et chez l'adolescent, simuler la démence épileptique. La *démence précoce* et la *paralysie générale* sont celles qui peuvent le plus prêter à confusion. Mais l'incertitude ne peut être de longue durée. Les divers stig-

mates tant physiques que psychiques que nous avons décrit, et au premier rang desquels figure le caractère épileptique qui transparaît toujours sous l'état démentiel, constituent en faveur de la démence épileptique, un faisceau de probabilités que l'apparition de l'accès transforme bientôt en certitude.

Le diagnostic de la démence épileptique étant posé, il faut essayer d'en évaluer le degré, eu égard à l'importance qu'il en peut résulter au point de vue du pronostic. Ce que nous avons dit des rémissions parfois très longues et très prononcées de la démence, nous fait pressentir qu'il est impossible de fixer des règles absolues à ce sujet. Il faut donc se contenter d'une évaluation approximative. Quoiqu'il en soit, la démence avec gâtisme, et surtout la démence avec confinement au lit, bien que susceptibles de rétrocéder, témoignent d'un anéantissement tel de l'organisme et vraisemblablement de lésions centrales suffisamment irrémédiables, pour qu'il soit permis de porter un pronostic fatal à plus ou moins brève échéance.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la démence épileptique, au même titre que celle de toutes les démences, n'a été édifiée que depuis peu de temps. Nous avons vu, en traitant l'histoire de cette question, comment le bloc d'abord compact des démences avait été fragmenté en : démences organiques, liées à une lésion matérielle des centres nerveux, et en démences purement fonctionnelles comprenant les démences névrosiques telle que la démence épileptique et les démences vésaniques proprement dites.

Cette distinction ne peut plus être admise à l'heure actuelle. Le perfectionnement des techniques histologiques a permis de reconnaître des lésions anatomiques dans ces démences dites à tort fonctionnelles, et l'anatomie pathologique des psychoses elles-mêmes est en voie d'élaboration. En sorte que M. GILBERT BALLEZ a pu écrire : « Qu'elle soit secondaire à une névrose chronique, à une psychose, ou qu'elle succède à une lésion cérébrale grossière, la démence, expression terminale de la ruine de l'édifice intellectuel, reconnaît toujours un substratum anatomo-pathologique, caractérisé par la dégénérescence diffuse des neurones corticaux. Toutes les démences sont donc foncièrement organiques. »

En ce qui concerne l'épilepsie, il est assez difficile de reconnaître la part qui revient à la démence dans les modifications anatomo-pathologiques observées.

L'épilepsie est en effet de toutes les affections nerveuses, une de celles qui ont provoqué le plus de recherches anatomiques et soulevé parallèlement le plus de conceptions pathogéniques. Nous n'avons pas à passer en revue, ici, les nombreuses modifications observées du côté du cerveau lui-même ou de ses enveloppes, mais il est permis de penser que, dans un certain nombre de cas, l'épilepsie avait subi un certain degré d'évolution vers la démence et que les lésions dont cette déchéance était l'expression, se surajoutaient alors aux lésions présumées de l'épilepsie simple, d'où la difficulté de dissocier ces deux facteurs et de leur attribuer d'une façon précise la part qui leur revient dans la production des phénomènes observés.

Il en résulte que ces lésions sont souvent très complexes et qu'au cours des psychoses épileptiques chroniques on trouve souvent, à côté des lésions corticales que le microscope seul révèle, des lésions des méninges caractérisées par un épaississement ou un gonflement transparent qui porte surtout sur l'arachnoïde. La lésion est souvent prédominante au niveau des vaisseaux, et, au point de vue topographique elle semble d'après WILDERSMUTH siéger constamment sur la face convexe du lobe pariétal et frontal, principalement le long de la scissure de Sylvius. En ces points, la substance corticale est amincie et les sillons élargis. Plus rarement et lorsque l'affection est très avancée, on peut rencontrer des altérations de la dure-mère.

Enfin, fait capital sur lequel ont insisté dès 1880, MM. BOURNEVILLE ET D'OLLIER, on observe souvent une adhérence intime de la pie-mère à la substance corticale.

Cherche-t-on à décortiquer le cerveau, la substance corticale ramollie s'enlève avec la pie-mère, soit en des points très limités où les circonvolutions se trouvent ainsi parsemées de véritables érosions ou de petites anfractuosités, soit sur une étendue plus considérable.

Ces lésions de méningo-encéphalite diffuse prédominent au niveau du lobe frontal et du côté gauche.

Mais elles n'existent pas d'une façon constante, et sur les 8 cas de démence épileptique publiés par MM. BOURNEVILLE ET D'OLLIER il y en a 2 dans lesquels l'examen macroscopique n'a révélé aucune lésion. M. BRISSAUD a pratiqué l'examen histologique des 6 autres cas, et voici le résumé de ses constatations :

a. Méninges : Adhérence intime de la pie-mère à la substance grise avec laquelle elle fait corps au point qu'il soit par places difficile de la distinguer et de la différencier du tissu nerveux sous-jacent. Il y a donc une véritable ankylose cérébro-méningée. Là où le processus paraît le plus ancien, on peut distinguer nettement un assez grand nombre de fibres élastiques qui semblent englobées dans la couche la plus superficielle de la substance grise.

La fusion de la circonvolution et de la méninge est donc complète. Somme toute, le processus méningitique est incontestable, mais s'effectue sans donner lieu à de véritables produits de sclérose. L'adhérence méningée bien que profonde, n'entraîne donc pas de modifications bien

considérables sans la constitution des parties sous-jacentes.

B). *Substance grise* : Sur les points qui ne sont pas très altérés, on constate que la substance grise a conservé presque tous ses caractères normaux. Cependant, on remarque une condensation exagérée de la trame névroglie. Elle est inégalement répartie, se présente sous la forme d'une bande festonnée poussant dans la profondeur de la substance grise des prolongements plus ou moins saillants. Là où les altérations sont le plus nettes, on a peine à reconnaître la structure délicate de la névroglie. Le feutrage en est remplacé par des cordages épais limitant de petites mailles et contenant des cellules araignées.

Les vaisseaux sanguins sont augmentés de nombre, mais dans des proportions minimales étant donné ce processus de méningo-encéphalite superficielle.

Leurs gaines lymphatiques sont dilatées.

Enfin, les cellules nerveuses proprement dites sont loin de présenter les lésions qu'on pourrait attendre.

La plupart sont normales, quelques-unes sont troubles : on observe enfin sur certaines d'entre elles la division dichotomique du noyau.

C). *Substance blanche* : Les lésions sont bien plus prononcées dans la substance blanche. On est frappé à première vue par la multiplication des noyaux et le développement énorme du système capillaire, modifications qui vont en s'atténuant à mesure qu'on se rapproche du centre ovale. Les tubes nerveux, au lieu de présenter leur volume normal, sont très petits, comme atrophiés,

séparés par un tissu névroglique très délicat, parsemé de noyaux recouvrant ça et là les cylindre-axes. Ces noyaux, de forme et de volumes variables, semblent d'autant plus nombreux que la lésion est plus ancienne. Il en est de même des cellules araignées qui sont en plus grand nombre que dans la substance grise. Elles sont fréquemment anastomosées entre elles et se groupent de préférence autour des vaisseaux.

Quant aux vaisseaux, plus nombreux que normalement, ils ne présentent jamais d'anévrysmes miliaires comme dans la paralysie générale.

BRISAUD conclut en assimilant ces lésions bien plus à celles de l'encéphalite diffuse que de la méningo-encéphalite superficielle. Elles sont localisées de préférence aux lobes frontaux, ce qui rend compte de la déchéance intellectuelle.

Après BRISAUD d'autres auteurs ont pratiqué des examens histologiques de démence épileptique.

En Allemagne, BLEULER étudie en 1895, 26 cerveaux d'épileptiques déments. Le fait capital qu'il constate, est l'hypertrophie considérable de la couche névroglique située entre la pie-mère et les fibres tangentielles de l'écorce. Il vérifie ainsi les conclusions de CHASLIN tendant à considérer la *sclérose névroglique* sous piale comme la lésion caractéristique de l'épilepsie.

Son intensité, dans chaque cas particulier, correspondrait plutôt au degré de la démence qu'à la durée de l'affection.

En dehors de cette gliose diffuse qui constitue la lésion dominante, l'auteur fait les constatations suivantes :

— Les cellules névrogliques ne sont généralement pas augmentées de nombre. Elles sont souvent pigmentées et comme ratatinées.

— Il existe certainement des altérations des cellules ganglionnaires.

— Les vaisseaux intra-cérébraux sont normaux dans la plupart des cas.

Macroscopiquement, les cerveaux examinés présentaient une consistance plus grande que les cerveaux non épileptiques. La pie-mère ne présentait pas d'adhérences. Le trou occipital était notablement rétréci dans la plupart des cas.

Et l'auteur conclut en disant que la gliose épileptique est probablement distincte de toutes les autres formes de gliose cérébrale, sans qu'on puisse formuler quelque chose de précis touchant les rapports intimes de cette gliose avec les accès épileptiques.

En 1900, *Alzheimer* publie les examens de deux cerveaux de déments épileptiques. Ses constatations peuvent se résumer ainsi :

1° Diminution des fibres à myéline de l'écorce, surtout dans la couche tangentielle où elles font complètement défaut par places, puis dans la couche feutrée super-radiale. Le ruban de Vicq d'Azyr, le feutrage intra-radiale d'Edinger, les fibres radiées et la bordure de la substance blanche présentent aussi une diminution des fibres.

2° Augmentation de la névroglie. La couche marginale superficielle est très épaissie ; les fibres qui rayonnent de l'écorce sont très nombreuses et pénètrent très pro-

fondément. Les fibres névrogliales sont d'un calibre plus fort que normalement, et les noyaux des couches superficielles de l'écorce sont amoncelés et présentent des modifications régressives ; d'autres sont en prolifération.

On trouve des cellules araignées particulières dans les régions profondes de l'écorce ou dans la substance blanche où le réseau névroglial est très dense.

3° Un nombre considérable de cellules nerveuses ont disparu, spécialement parmi les petites cellules de la deuxième couche ; d'autres sont atrophiées ou modifiées pathologiquement.

4° Pas de modifications notables dans les vaisseaux.

Nombreuses granulations noires dans l'adventice et dans l'espace lymphatique périvasculaire qui témoignent de la dégénérescence récente de l'écorce.

5° Les lésions sont à peu près également répandues dans toute la surface de l'écorce. La corne d'Ammon n'est pas plus lésée que le reste du cerveau.

Comparant ses résultats avec ceux de CHASLIN, BUCHOLZ, BLEULER, ALT, et leur donnant une extension qui dépasse les limites de la démence épileptique proprement dite, l'auteur pose les conclusions suivantes :

1° Il y a des cas d'épilepsie dite essentielle qui présentent des modifications anatomo-pathologiques constantes dans le cerveau, bien étudiées par M. CHASLIN.

C'est l'épilepsie de CHASLIN.

2° Il est probable que la substance nerveuse est atteinte la première.

3° Les modifications histologiques expliquent la démence épileptique.

On voit que les résultats de BRISSAUD, de BLEULER, d'ALZHEIMER, concordent pour ce qui concerne la sclérose névroglique. Les modifications des fibres tangentielles et des fibres radiées ne sont pas signalées par BLEULER, mais existent pour les deux autres qui passent sous silence les lésions méningées concomitantes relevées par BRISSAUD.

Les modifications des cellules nerveuses proprement dites existent, bien que moins importantes, dans les trois séries d'examens.

La forme spéciale de *démence épileptique paralytique et spasmodique* a donné les résultats anatomiques suivants :

Dans une première série de cas présentés par M. VOISIN avec examen histologique de Legros et Nageotte, il n'existait pas de lésions méningées. Les lésions des fibres tangentielles étaient atrophiées. Quant aux vaisseaux ils ne présentaient aucune lésion inflammatoire : ils étaient simplement dilatés et leurs gaines élargies contenaient des amas pigmentaires.

Dans une autre série de cas, MM. J. VOISIN, R. VOISIN, et LAIGNEL-LAVASTINE constatent un épaississement des méninges sans lésions vasculaires, des altérations marquées des cellules pyramidales, enfin, fait prédominant, une sclérose névroglique sous méningée très intense. Il s'agirait donc d'une véritable encéphalite scléreuse que les auteurs croient pouvoir placer à l'origine du complexe symptomatique observé.

En résumé, et autant qu'il est permis de le déduire d'examens histologiques relativement isolés, la démence épileptique serait caractérisée au point de vue anatomi-

que, par une *sclérose névroglie* à prédominance sous-méningée, avec altérations concomitantes des cellules pyramidales et diminution des fibres tangentiellles et des fibres radiées.

Il est intéressant de comparer ces lésions à celles que l'on rencontre dans les démences qui peuvent simuler le plus aisément chez l'enfant et l'adolescent la démence épileptique, c'est-à-dire la démence paralytique et la démence précoce :

La *paralysie générale, méningo-encéphalite diffuse* , présente en premier lieu des lésions de méningite fibro-plastique qui manquent dans la démence épileptique : développement de faisceaux fibreux, infiltration embryonnaire de la tunique externe des vaisseaux.

L'encéphalite y est caractérisée par la démyélinisation et l'atrophie des fibres nerveuses, la désintégration des cellules nerveuses avec chromatolyse, abrasion et destruction de leurs prolongements. Les vaisseaux se multiplient, et leurs parois sont infiltrées.

La névroglie présente une hyperplasie fibrillaire manifeste. Enfin, il existe d'une façon générale une infiltration embryonnaire souvent très abondante autour des vaisseaux, des cellules et entre les fibres nerveuses.

Dans la paralysie générale, les lésions portent donc sur la totalité des éléments constitutifs de l'écorce, aussi bien élément neuro-épithélial que vasculo-conjonctif. Les altérations vasculaires constituent la lésion prédominante et peut-être originelle de la *méningo-encéphalite diffuse* .

Dans la *démence précoce* , enfin, et, d'après les conclusions

récentes de KLIPPEL et LHERMITTE, les lésions portent presque exclusivement sur les neurones, beaucoup plus rarement et seulement en des points restreints sur la névroglie. Il n'existe enfin ni infiltration embryonnaire, ni lésion des parois vasculaires.

On voit donc qu'au point de vue du diagnostic anatomique, la démence épileptique surtout caractérisée par la sclérose névroglique, se rapproche dans une certaine mesure de la méningo-encéphalite diffuse avec laquelle elle a été confondue par certains auteurs, mais en diffère essentiellement par l'absence d'altérations vasculaires et la faible intensité de la réaction méningée. Elle se sépare de la démence précoce par la moindre spécificité de l'altération anatomique qui, dans cette dernière affection frappe d'une façon élective la cellule nerveuse, l'élément noble.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Nous avons vu quelles sont les lésions que l'on peut rencontrer au cours de la démence épileptique. Mais il est probable qu'elles ne se manifestent qu'à un stade avancé où la ruine des facultés du sujet se trouve alors consacrée. Auparavant et pendant un temps variable il s'est agi d'un simple trouble fonctionnel permettant au sujet de se remonter lorsque le paroxysme se suspend.

A la longue des lésions permanentes finissent par se créer et la démence est alors irrémédiable.

Rien ne fera mieux comprendre que ces lignes de M. GILBERT BALLEZ le mécanisme suivant lequel les lésions cérébrales engendrent la démence :

« Lorsque le processus morbide a compromis l'intégrité de l'appareil cellulaire cortical et sous-cortical dont la synergie fonctionnelle représente l'activité psychique même, l'état de démence proportionnel à ces lésions est créé.

L'appareil cellulaire complexe, substratisme organique des fonctions psychiques, est constitué par les neurones corticaux et sous-corticaux de projection et d'association. Les premiers qui projettent dans les centres sensoriels et sensitivo-moteurs les images représentatives du monde extérieur et de l'organisme étant bilatéraux, et inter-

communicants, sont capables de suppléances réciproques. Leur lésion uni-latérale peut ne pas entraîner de déficit intellectuel.

Les seconds qui combinent par les commissures intracorticales, intercorticales, intrahémisphériques et interhémisphériques les matériaux de l'activité sensitivo-sensorielle sont d'un ordre fonctionnel plus élevé dans la hiérarchie des opérations psychologiques. Ces agents de la synergie cérébrale peuvent dans les cas de lésion unihémisphérique apporter les matériaux psycho-sensoriels du côté sain au côté malade, combler ainsi le déficit psycho-hémiplégique créé par la lésion et assurer en définitive la continuité du travail intellectuel.

En cas de lésion étendue, ces neurones sont incapables de leur rôle associatif de suppléances : leur destruction unilatérale entraîne donc toujours un déficit dementiel appréciable ».

ÉTIOLOGIE -- PRONOSTIC — TRAITEMENT

ÉTIOLOGIE. — Il y a peu de choses à dire au sujet de l'*étiologie* de la démence épileptique. Il est assez difficile d'apprécier l'influence que l'hérédité nerveuse peut exercer sur le développement de la démence chez les épileptiques, d'autant que la névrose elle-même ne se produit en général que chez des individus déjà tarés à ce point de vue spécial. Aussi, les deux seuls facteurs dont il faille pratiquement tenir compte sont : le *paroxysme*, d'une part, la *résistance individuelle* du sujet, d'autre part.

En ce qui concerne le paroxysme, nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer que la démence était en relation avec sa nature, sa fréquence, et son intensité.

Pour ce qui est de sa nature, les auteurs sont depuis longtemps d'accord sur ce point que le *vertige* conduit sûrement et plus rapidement à la démence que l'accès. Si la dépression immédiate qui le suit est moins profonde que dans l'accès, par contre il laisse à l'enfant moins de répit et la réparation des pertes subies n'a pas le temps de se faire. C'est donc par sa fréquence qu'agit le vertige. Lorsqu'il s'agit d'épilepsie vertigineuse, les vertiges sont en effet beaucoup plus nombreux que ne le sont normalement les accès. Mais, à égalité de nombre est probable que les accès détermineraient une atteinte

plus profonde de l'organisme. Seulement, il est rare qu'ils arrivent à être aussi fréquents que ne peuvent l'être les vertiges. Lorsqu'ils sont nombreux, ils procèdent surtout par séries dont le malade sort très déprimé, mais qui lui laissent la possibilité de se remonter avant la série suivante.

L'intensité de l'accès, enfin, peut varier d'un sujet à l'autre. Dans certains cas, il n'est qu'ébauché, dans d'autres, extrêmement violent, et on comprend que l'affaïssement produit soit beaucoup plus tenace dans ce dernier cas.

Quant à la résistance individuelle du sujet, il est certain qu'elle doit intervenir, mais dans une mesure qu'il est presque impossible d'apprécier. Est-elle proportionnelle au développement intellectuel de l'individu ? Rien ne peut nous renseigner à cet égard. En effet, la démence se traduit objectivement pour nous par le contraste entre l'état normal qui précède la déchéance et celui qui la suit. Or ce contraste est souvent beaucoup plus marqué chez les sujets très bien doués intellectuellement que chez les arriérés. En résumé, le seul facteur dont nous sentions manifestement le rôle dans la production de la démence, est celui qui a trait à la nature du paroxysme, à sa fréquence, à son intensité.

On peut se demander maintenant quel est le pourcentage de la démence dans l'épilepsie. C'est une question de statistique, d'ailleurs difficile à établir, car l'appréciation d'un état démentiel est une chose assez subjective et qui ne peut prétendre à une rigueur mathématique. Nous avons vu en effet que la déchéance est indissolublement

liée à la démence à laquelle elle conduit insensiblement. Or, il est difficile de préciser où commence la déchéance, et, d'ailleurs, tel sujet peut à l'occasion d'une rémission reconquérir l'état mental de l'épileptique normal.

Ces réserves étant faites sur l'évaluation d'un résultat précis, nous nous bornerons à citer les chiffres d'ESQUIROL qui relève 30 cas de démence sur un contingent de 289 épileptiques.

D'autre part, le rôle pour ainsi dire exclusif du paroxysme comme facteur causal de la démence est suffisamment démontré pour qu'on puisse considérer que le sexe ou l'âge de l'enfant n'interviennent en aucune façon dans l'apparition de cette complication de l'épilepsie.

PRONOSTIC. Que dire maintenant du *pronostic* de la démence épileptique ?

La subordination étroite dans laquelle elle se trouve vis-à-vis du paroxysme, lui fait subir une marche à peu près parallèle à celle de l'épilepsie. Que les accès diminuent ou disparaissent pour un temps, et une rémission se produira dans l'évolution de la démence.

C'est là un fait capital et tout à fait caractéristique de la démence épileptique. Elle se distingue en cela des démences exclusivement dégénératives telles que celle de la paralysie générale. Mais, nous avons vu que dans la démence confirmée il existait des lésions matérielles des centres nerveux vraisemblablement irrémédiables.

On peut donc admettre que pendant une certaine période de la maladie, la déchéance ne relève que d'un trouble fonctionnel. Elle est dans ce cas susceptible de

régression lorsque les paroxysmes se suspendent. Le pronostic est alors essentiellement subordonné à la marche des accès et, si la guérison de l'épilepsie survient, la *restitutio ad integrum* des fonctions intellectuelles peut s'effectuer. Lorsqu'au contraire la démence est assez avancée pour que le simple trouble fonctionnel soit remplacé par des lésions indélébiles, il s'agit alors d'une démence dégénérative suivant l'expression de M. Féré et le pronostic, au point de vue mental est des plus sombres. Il est douteux, en effet que la réparation puisse se faire au cas même où la guérison de l'épilepsie s'effectuerait, et on peut même se demander si les lésions ne constituent pas une épine rendant impossible la guérison de l'épilepsie.

Ainsi le pronostic est subordonné au degré d'intégrité des centres encéphaliques dont l'appréciation est cliniquement impossible. En général, il y a peu de chances pour que la maladie puisse rétrocéder, mais, suivant le nombre et la durée des *rémissions*, la terminaison fatale peut être reculée à 10 ou 15 ans après le début de la déchéance. Dans des cas trop rares, enfin on a pu voir se produire la *guérison* de l'épilepsie avec restauration consécutive de l'état mental, mais ce sont des exceptions sur lesquelles il est préférable de ne pas compter.

TRAITEMENT. — Il n'y a pas, malheureusement, de *traitement spécial* de la démence épileptique. Elle relève du traitement général de l'épilepsie. C'est dire combien la thérapeutique reste impuissante à son égard. Cependant étant donnée l'heureuse influence qu'exercent les

remissions sur l'évolution de l'affection, on devra chercher à obtenir par *le traitement bromuré* la diminution des paroxysmes.

Pour lutter contre la dépression générale de l'organisme on aura recours aux *indications toniques*, aux stimulants.

Enfin, pour essayer d'enrayer le plus possible la déchéance, on s'efforcera d'entretenir les qualités physiques et intellectuelles du sujet, par des exercices physiques et travaux scolaires en rapport avec l'aptitude de l'enfant. On pourra arriver ainsi à le maintenir, à retarder sa chute sinon à l'empêcher.

N'y a-t'il pas d'ailleurs une question d'humanité à essayer de faire vivre ces pauvres êtres de la vie de tout le monde au lieu de les abandonner à eux-mêmes et de précipiter ainsi leur ruine ?

Ici donc, le médecin doit surtout faire place à l'homme de cœur, et le dément épileptique, au même titre que les enfants idiots ou arriérés, relèvera du *traitement médico-pédagogique*.

CONCLUSIONS

1° La démence épileptique constitue un terme d'évolution d'une épilepsie à paroxysmes intenses et répétés, évoluant sans complications.

2° Son étude est particulièrement démonstrative chez l'enfant et chez l'adolescent, organismes jeunes en voie d'acquisition et généralement à l'abri des tares concomitantes.

3° Elle est caractérisée cliniquement par la ruine des aptitudes physiques, des facultés intellectuelles et morales du sujet.

Dans le domaine physique elle se traduit par une attitude spéciale, affaissée, du sujet, par de l'incertitude et des troubles de la marche aboutissant à l'impotence complète et au confinement au lit. Le facies du malade, le tremblement sont autant de particularités complétant ce tableau clinique.

Dans le domaine psychique elle s'exprime par la diminution des aptitudes intellectuelles, (troubles de l'écriture, pauvreté du style, jusqu'à l'impuissance complète), par la faiblesse et l'incohérence du raisonnement par la lenteur de toutes les réactions, la diminution de l'affectivité et par l'apparition de certaines particularités de carac-

tère : irritabilité, défiance, avarice, manie, etc. Cette ruine intellectuelle aboutit à l'égarement complet du sujet.

4° L'évolution générale de la démence épileptique est caractérisée essentiellement par la présence de rémissions liées à la diminution des accès permettant au sujet de se remonter et donnant à l'affection une marche tout à fait irrégulière.

5° Au point de vue diagnostic, la démence épileptique doit être différenciée, d'abord de l'idiotie avec laquelle elle fut longtemps confondue, puis des états démentiels liés à la paralysie générale juvénile et à la démence précoce.

6° On doit noter l'influence du vertige comme facteur prépondérant de la démence épileptique.

7° Le traitement de la démence épileptique devra s'appliquer à soulager physiquement et moralement plus qu'à guérir.

Vu :

Le Président de thèse,
DIEULAFOY.

Vu : *le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Alzheimer.** — *Monat für Psych. und Neurol.*, 1900.
- Babinski.** — *Soc. Neurol.*, 6 juillet 1899.
- Ball.** — *Cliniques*, 1880. — *Dictionn. des sciences médic. art. Démence.*
- G. Ballet.** — *Traité de Pathol. mentale.* 1903.
- Bayle.** — Sur l'arachnitis chronique. Th. Paris, 1822.
- Bleuler.** — *Münch. med. Woch.*, 1895.
- Bourneville et Brissaud.** — *Arch. de neurologie.* 1880
- Bridier.** — *An. path. des démences.* Th. Lyon, 1902.
- Calmeil.** — Epilepsie sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale. Th. Paris, 1824.
- Crouzon.** — *Soc. Neurol.*, 8 nov. 1900.
- Delasiauve.** — *Traité de l'épilepsie*, 1854. — *Journal de méd. mentale*, 1861, 1862, 1866. — Note à la Soc. méd. psych. 1852.
- Deny et Roy.** — La démence précoce. Paris, 1903.
- Dubuisson.** — Des vésanies ou maladies mentales. Paris, 1816.
- Dufour.** — Essai sur les opérations de l'entendement humain et sur les maladies qui les dérangent. 1770.
- Dutil.** — *Traité de médecine Charcot. Bouchard. Brissaud*, art. *Epilepsie.*
- Esquirol.** — Mémoire sur la démence (1814). — Mémoire sur l'épilepsie (1815), *Traité des maladies mentales* (1838) ; *Dictionn. des sciences médicales* (1818).
- Falret.** — *Archives gén. de médecine*, 1861. Troubles mentaux des épileptiques. *Archives gén. de médecine*, 1880. de l'état mental des épileptiques.
- Ferrus.** — Cours sur les maladies mentales, *Gaz. des hôp. civils et militaires.* 1838.
- Féré.** — Epilepsies et épileptiques, 1897.

- Fodéré.** — *Dictionn. des Sc. médicales*, art. *Démence*. — *Traité du délire appliqué à la médecine à la morale et à la législation*, 1817.
- Foville.** — *Dictionn. de méd. et de chirurgie*, 1869.
- Grasset.** — *Traité du système nerveux*, 1879, Tr. mentaux.
- Grasset et Rauzier.** — *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*.
- Hippocrate.** — Trad. Littré, Paris, 1849, T. VI, p. 353.
- Klippel et Lhermitte.** — La démence. *Anat. path. et pathog. Revue de Psychiâtrie*, 1905.
- Marcé.** — *Traité des maladies mentales*, 1862.
- Marie.** — La démence. Paris, 1906.
- Morel.** — *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales dans l'espèce humaine*, (1859). — *Etude clinique sur les maladies mentales* (1851). — *Traité des maladies mentales* (1860).
- Morison** (Alexander). — *Outliners of lectures on mental diseases*. London, 1823.
- Parchappe.** — *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*. 1834-1838.
- Pinel.** — *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, an IX.
- Régis.** — *Précis de psychiâtrie*, 1906.
- Rostan.** — *Ramollissement cérébral*, 1829.
- Sagar.** — *Système morborum symptomaticum*. Vienne, 1783.
- Sallard.** — in *Manuel de médecine de Debove, et Achard*.
- Sauvages.** — *Nosologie méthodique ou distribution des maladies en classes, en genres et en espèces*. 1773.
- Ségla et Français.** — A propos du diagnostic de l'épilepsie et de la paral. générale. *Presse médicale*, sept. 1902.
- Tissot.** — *Traité de l'épilepsie*. Paris, 1770.
- Toulouse et Marchand.** — Un cas de paral. génér. précoce survenue chez un épileptique. *Ann. médico. psych.* 1899.
- Tourdes.** — *Dictionn. des sc. médicales*. Art. *Démence*.
- Trousseau.** — *Cliniques médicales*. 1868.
- A. Voisin.** — *Cliniques sur les maladies mentales*. 1880.
- J. Voisin et Legros.** — *Annales médico-psych.* nov. 99. — *Gaz. hebdomad.* 24 déc. 99. — Congrès de médecine, août 1900.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE.	15
DÉFINITION.	32
ETUDE CLINIQUE.	33
Description d'un type de démence épileptique.	33
ANALYSE DES SYMPTOMES	38
A. Modifications psychiques.	38
B. Modifications physiques.	77
EVOLUTION GÉNÉRALE DE LA DÉMENCE ÉPILEPTIQUE.	88
 OBSERVATIONS.	 96
 FORMES CLINIQUES.	 109
DIAGNOSTIC.	126
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	147
PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.	157
ETIOLOGIE, PRONOSTIC, TRAITEMENT.	159
CONCLUSIONS.	165

Angoulême. — Imprimerie L. COQUEMARD et C^{ie}
